COUNTWAY LIBRARY
HC 4XXN -

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

C. Dott. MAROCCO

475

STUDIO CLINICO

SUI

TUMORI DEL BACINO

nei loro rapporti di origine e di sede

NEL

LEGAMENTO LARGO

Patogenesi - Diagnosi - Cura

Note sul trattamento addominale

SURGEON GENERAL'S LIBRARY 11884.7.

MILANO
Tipografia Fratelli Rechiedei
1886.

BOSTON MEDICAL
MAY 28 1904
LIBRARY.
2613
24.D.143.

Un simile studio sprovvisto di tavole illustrative, in oggi in cui i contributi di casuistica ne vanno sempre forniti, è un lavoro manchevole.

Ma dall' 84, in cui cominciai a riveder le mie note, ad oggi, non sarei riuscito, credo, ad opera completa, sia per le tavole esistenti nella letteratura consultata, sia per quelle della casuistica da illustrarsi. Il lavoro sarebbe stato ingente, incerto il successo completo, in questione di merito temo fuori di proporzione.

In quella vece mi sforzai di essere relatore scrupoloso e nel descrivere chiaro ed esatto.

L'augurio che mi faccio si è di guadagnarmi la persuasione di aver messo assieme qualche cosa di utile, sia pur in tenuissimo grado.

Vicenza, Settembre 1886.

L' Autore.

INTRODUZIONE

. . . . . .

The third case was in the following November and happily all the three Women recovered. Had they died, such was the state of professional opinion at that time, the progress of ovariotomy might been sadly retarded if not stopped.

Sp. Wels Ov. and. Ut. Toum II Ed. p. 190.

Lawson Tait scrive che il sollecito intervento è precipuo elemento di buon successo nella moderna Chirurgia addominale. Davvero è un lusso superfluo e in certi casi dannoso il sottilizzare sulla possibilità di certe diagnosi che, date pure nella loro perfetta esattezza, poco influiscono sulla linea di condotta dell'operatore, tenute invece nel campo delle probabilità lo armano contro le eventualità peggiori.

Nessun altro capitolo di patologia quanto quello dei tumori del ventre mancava fino a questi ultimi tempi di basi concrete per formulare dei quadri di malattie, per istabilire dei criteri diagnostici, mentre la terapia era del tutto inefficace e solo figurava quale meschina ausiliaria della natura medicatrice. Nessun altro terreno fu così opportuno agone all'arrovellarsi il cervello di tante menti elette, moltiplicando però le prove dei falsi apprezzamenti e così di frequente da farlo ritenere lo scoglio peggiore al diagnosta.

Ora in ragione del nuovo indirizzo Chirurgico gli sforzi sono invece rivolti alla cura e con tal fortuna che in poco tempo dai metodi più complessi siamo giunti grado grado ai più semplici, da poter gareggiare nei risultati colle statistiche delle forme più comuni che travagliano l'umanità.

È avvenuto si può dire uno spostamento di termini; la terapia Chirurgica riservata quale ultima ratio a cui ben di rado si si appigliava, è entrata in primissima linea spalleggiata da una parte dai nomi più autorevoli, dall'altra sanzionata dai fatti.

La grande famiglia dei tumori che ha regalato tanti nomi ed assai spesso ben strani al dizionario scientifico, ha subito essa pure la vicenda che dal faticoso lavorìo dell'analisi riconduce alla sintesi.

Della natura ed origine del neoplasma non decidono i grossolani caratteri esterni, ma l'istologia che dal normale ci conduce al patologico quasi sempre sopra criteri esatti, da masse informi che all'occhio disarmato nulla dicono per un labirinto di cellule e fibre sa guidarci alle origini dipanandone filo per filo le modificazioni avvenute.

Dato un neoplasma al Chirurgo interessa anzitutto di conoscerne l'indole, se buona o cattiva, se potrà mantenersi buona o farsi maligna in prosieguo; in secondo luogo se sia possibile una terapia che dai rimedi interni e dai topici può arrivare alla cura radicale l'estirpazione.

Oggi sappiamo che, perchè un'epitelioma colto nel suo primo momento prometta di tacere per sempre, conviene sacrificare il doppio, il triplo di tessuto del suo volume, poichè la frase " caduto sul sano „ non può pronunciarla che l'istologo e non tutte le volte.

Oggi, ad onta di qualche caso sparso nella letteratura, abbiamo guadagnato la persuasione che una cisti ovarica procede nell'evoluzione sua e che, eccepite le forme idropiche, da tumore benigno può diventare di malignissima natura. Il progresso odierno ci autorizza, davanti l'urgenza di un caso, di tentare la via del riscontro e soccorso diretto, la quale ci promette assai più della più fina disquisizione e di tutti i soccorsi di farmacia.

A tanto siamo arrivati colla istologia che ci guida e l'antisepsi che ci protegge. Il Chirurgo ha più rinfacci da farsi se perde una malata per sepsi di quello che se erra una diagnosi.

In passato la chirurgia dava in braccio il paziente a processi di cui non potevasi misurare la fine facendo dire ad un Chirurgo preclaro: io vi ho bene operato, Iddio vi guarisca; in oggi si tende e si arriva a mantener un'organismo nelle condizioni fisiologiche anche nei più gravi cimenti.

Egli è sotto tali auspici che anche i tumori dei legamenti larghi, spesso incuneati, adesi, contigui o concresciuti ad organi importanti, sia per topografia sia per accidentualità patologiche, possono essere diagnosticati e, quello che più importa, curati.

Invero il loro trattamento non può essere che chirurgico, però come tale non ha e non può avere un capitolo a parte della Chirurgia addominale. — Quando l'operatore si trova davanti ad un tumore del ventre sia questo per sè od appartenga ad un'organo, emessi i criteri che ne stabiliscono l'indicazione curativa, e *sub conditione,* come è costume dei grandi maestri, i particolari diagnostici, ha bisogno di aver presenti tutti i soccorsi che si attagliano a tali evenienze, poichè, io credo che messi di fronte casi pratici e

soccorsi relativi della encheiresi Chirurgica si possa esprimersi felicemente nei riguardi di questi a quelli col dire " uno per tutti e tutti per uno „ cioè averli tutti in mente e possibilmente alla mano.

Ed ora, onde non ci avvenga di riuscire diffettosi per troppo esclusivismo e costretti a mutilare l'argomento posto su basi troppo larghe da bel principio, proviamoci a concretare il nostro concetto " sui tumori dei legamenti larghi. „

Noi possiamo a priori stabilire che tutti i tumori che si indovano fra le pagine della sierosa del legamento sono clinicamente da pertrattarsi insieme, tenendo eziandio il debito conto di quelli che avendo avuto origine nel legamento per l' evoluzione loro si peduncolarono e assottigliarono sempre più i rapporti primi, contraendone altri, potendo perfino arrivare a perderli del tutto e a vivere e ingrandire a spese delle contratte aderenze.

Ciò posto il nostro indirizzo sarà anatomo-patologicamente corretto perchè noi potremo trovare, un mioma o miofibroma uterino, un' ovario degenerato, una cisti dermoide nel legamento, etc.; clinicamente è del legamento ciò che in esso si trova e si svolge, e ciò perchè trattasi in ultima analisi non di un' organo ma di un apparato di fissazione che al suo sdoppiarsi rappresenta un larghissimo involucro, il quale cessa di essere quando per anomalia di sviluppo fanno difetto gli organi sopra i quali si affalda; cosichè mancando l' utero e le trombe il peritoneo si comporta come nel maschio.

Anzitutto domanderemo all'embriogenesi quali residui possono nell'evoluzione ulteriore dello organismo offrire un germe donde si ingenerino neoformazioni. Ed è appunto in base a questo nuovo indirizzo di studi

che ad es. i cistomi papillari i quali per lo più si svolgono intralegamentari avrebbero nel legamento largo la loro matrice, la quale secondo le ultime ricerche di Koellicker si continuerebbe fino alla sostanza corticale degli ovarii come riporteremo a suo luogo.

Ed ora prima di passare alla parte anatomica faccio posto alle parole del Durante " che, perchè un prodotto morboso prenda il nome di tumore, è mestieri che sia generato da elementi cellulari i quali incessantemente si moltiplichino e tendano a riprodurre un tipo fisiologico che non sempre raggiungono. „

La loro caratteristica sta nella progressiva evoluzione loro e il loro arresto o scomparsa restano subordinate a circostanze particolari. Degenerazioni — soppressione delle fonti nutritizie — influenza di certi periodi dell'esistenza che l'esperienza indiscutibilmente ci attesta, quantunque le ragioni intime come le cause si perdono nei misteri della Biologia.

Noi però vedremo come fra le forme cistiche di ritenzione, cosidette idropiche, e quelle veramente neoformative non vi sia una linea netta di demarcazione, cosicchè è ben fatto di passare da quelle a queste delineandone le caratteristiche Anatomo-patologiche.

Inoltre non potremo dispensarci dal toccare sommariamente di quelle forme morbose d'indole flogistica o d'altra natura che colpiscono i legamenti e ciò che essi rivestono, quindi della gravidanza extrauterina e dei parassiti che nel connettivo pelvico si annidano, forme tutte che diedero un contingente di errori clinici non indifferente poichè possono presentare una sintomatologia conforme a quella data dalle neoformazioni.

Anatomia.

Henle designa il legamento largo come una ripiegatura del peritoneo, tesa nel bacino in direzione trasversa e che divide la cavità in una porzione anteriore e in una posteriore, il cui margine libero decorre dal fondo dell'utero alle pareti del bacino. Lo sdoppiamento laterale della piega peritoneale, cioè in luogo in cui le due pagine si allontanano per gettarsi anteriormente e posteriormente nella superficie interna del bacino trovasi all'imbasso lungo l'arteria ipogastrica.

Il termine laterale del margine libero della ripiegatura peritoneale giace nel grande bacino al di sopra della biforcazione dell'arteria Iliaca in cruale ed ipogastrica.

Il bordo libero del legamento largo include le trombe, cosicchè dall'utero, per quanto la tromba decorre trasversalmente diritta, mantiene questa direzione, successivamente si comporta a forma di manicotto per quanto s'accompagna al gomito fatto dall'ovidutto che va ad aprirsi nell'addome al di qua della sua inserzione laterale.

Da questo punto, cioè dall'ostio addominale percorre vuoto e a margini sottili uno spazio di due cent., che ne costituisce l'ultima porzione esterna — *ligamentum infund. pelv.* — L'ultima ripiegatura dell'ovidutto prima del suo sbocco nell'addome è convessa verso l'insù e lateralmente; l'ultima porzione dell'ampolla forma quindi un'arco che tende alla linea mediana, al punto dove havvi l'*ostium* addominale a carico della lamina posteriore del legamento largo. Il passaggio della mucosa nella sierosa a mezzo della superficie esterna della fimbria è designata dalla linea in cui l'epitelio vibratile della mucosa confina con quello pavimentoso della sierosa.

Dalla faccia posteriore del legamento si solleva una ripiegatura secondaria devoluta ad accoglier l'ovaja. Questa duplicatura decorre obbliquamente e forma colla falda uterina una tasca aperta all'insù che si appoggia all'utero verso la linea mediana e si perde verso l'esterno nel bordo del legamento largo; il suo margine libero è alquanto più basso e si spinge fino al lembo dell'ostio addominale dell'ovidutto, al quale finisce. Questa ripiegatura sacciforme nel mezzo si lascia dividere in tre parti: La prima è il legamento ovarico — La seconda è riempita dalla ghiandola — La terza comprende solamente vasi e una parte del parovario e si contiene come un nastro teso fra l'estremità dell'ovaja e l'orificio addominale dell'ovidutto, nastro designato da Henle col nome di *ligamentum infund. ovaric.*; possiede un margine libero al quale è fissata la fimbria ovarica colla sua superficie peritoneale.

Dalla faccia anteriore del legamento largo noi abbiamo la falda che riveste il legamento rotondo la quale si dirige allo esterno e allo avanti nel canale inguinale dove il legamento si sfrangia mentre la sierosa dà di frequente un diverticolo — *Diverticulum Nuckii* — che il *Zuckerkand* in 19 cadaverini di bambine da una a 12 settimane di età riscontrò quattro volte.

Il rivestimento sieroso dell'utero si limita al suo corpo fino alla linea di unione colla cervice e all'avanti e allo indietro trovasi pressochè alla medesima altezza, donde si getta sul retto, escavazione retto-uterina e sulla vescica, escavazione vescico-uterina; la prima nella sua porzione inferiore rappresenta lo spazio del Douglas. Nei neonati però il cavo retto-uterino lo osservai sempre alquanto più basso.

Adunque ai lati dell'utero il legamento largo foggiato ad ala di pipistrello presenta l'aletta anteriore per il legamento rotondo; nel mezzo la tromba; quella posteriore per l'ovaja che trovasi di poco più bassa.

Rivolgendoci ora alla compage dei legamenti larghi troviamo che gli anatomi descrivono in modo accurato la duplicatura del peritoneo, coi suoi due strati muscolari e numerosi vasi i quali fra le maglie del connettivo e quei due ripiani di fibre, decorrono e si anastomizzano.

Le iniezioni di Hirtl e di Leopold danno un bellissimo esemplare del dividersi e suddividersi di questi vasi. I legamenti larghi si possono molto opportunamente dividere in due parti. La parte superiore libera, sottile e delicata che comprende le trombe, le ovaje e il legamento rotondo con molte diramazioni vascolari; e la parte inferiore basale, donde il peritoneo si getta al retto e alla vescica, alla superficie del piano del bacino fin quasi all'elevatore dell'ano con il grosso dei vasi.

Gli anatomi dimostrano in questa parte del bacino l'esistenza ordinaria di un abbondante deposito di adipe, e una disposizione assai lassa del connettivo fra le fascie ed i muscoli. Il rivestimento sieroso di tutto il legamento largo è, come risulta dalle ricerche del Luscka, spostabilissimo, e l'esperienza clinica lo comprova nel modo più accentuato; infatti in breve ora si possono avere enormi essudazioni fra le sue pagine. La facile spostabilità del peritoneo in tutto il piccolo bacino si è resa sempre più manifesta in questi ultimi tempi; e il Freünd in un'aggiunta alla sua monografia sull'estirpazione dell'utero, accenna come da un'incisione dell'addome si possa trarre il peritoneo distendendolo enormemente. Solamente dove riveste l'utero trovasi la sierosa in intimo nesso cogli strati sottoposti perchè qui fanno difetto le lasse maglie del connettivo. Però anche a ridosso dell'utero come lo provano le estirpazioni estraperitoneali del Langembeck ed altri il peritoneo allora non è separabile quando si abbiano tessuti cicatricosi, esiti di forme antiche.

Il sangue al legamento largo gli viene dall'arteria spermatica che nasce a sinistra con angolo molto acuto dall'aorta, e a destra ordinariamente dall'emulgente renale; discendono entrambe in compagnia degli ureteri e passando innanzi ai vasi Iliaci, dai margini laterali del distretto superiore penetrano nello spessore dei legamenti e si rendono all'ovaja; danno una diramazione a quest'organo e poi costeggiando la tuba raggiungono i margini laterali dell'utero e si anastomizzano coll'arteria uterina.

Le arterie uterine, che alcuni considerano come un prolungamento dell'arteria ipogastrica, ma assai spesso derivano dalla pudenda comune, al suo rientrare dal piccolo forame ischiatico raggiungono il collo dell'utero incrociando l'uretere all'altezza dell'orificio esterno dell'utero, danno rami moltipli al collo e ripiegatesi ad angolo quasi retto corrono lateralmente nello spessore della parete fino al fondo con attorcigliamenti spirali che si rendono più manifesti durante la gravidanza.

Secondo Weber l'arteria uterina prima di arrivare al fondo invia rami al legamento donde si partano ramuscoli alla tromba, mentre il più grosso è destinato all'ovaja la quale della spermatica non avrebbe il suo nutrimento. Hirtl ha invece trovato anastomasi cospicue fra la spermatica e la uterina ambedue contribuenti alla nutrizione delle ghiandole.

Le vene del legamento largo sono tutte raccolte dal plesso pudendo utero-vaginale che si anastomizza con tutti i plessi della piccola pelvi. Le vene presentano nell'interno la medesima formazione di trabecole che si osserva nei corpi cavernosi — Hirtl. — Le trabecole sono intessute di fibro-cellule muscolari.

Teniamo poi conto delle anomalie vascolari che sono tanto frequenti.

Assai più complesse delle vascolari sono le anastomosi nervose, le quali nel mentre attestano come da un punto si possono avere le irradiazioni dolorifiche più lontane e svariate, dall'altro confondono la fisonomia funzionale dei varii sistemi alle più pazienti ricerche del Clinico.

Il plesso pudendo è un' appendice inferiore del plesso ischiatico rinforzato da alcune fibre del 4° e 5° nervo sacrale, i quali nella loro grossa parte si gettano nei plessi ipogastrici appartenenti al simpatico; detto plesso corrisponde al margine inferiore del muscolo piramidale e si sfiocca in più rami tra i quali:

Il nervo pudendo che col ramo perineale innerva le piccole labbra e il vestibulo della vagina, e il nervo clitorideo.

Il plesso coccigeo.

Dal Simpatico. — I plessi spermatici che seguono l'arteria spermatica e provengono dal plesso aortico e ricevono anche fibre del nervo spermatico interno.

I plessi ipogastrici inferiori che giacciono sui lati del retto e danno:

Plesso uterino che è situato fra le due pagine del legamento largo e i rami che essi inviano alla matrice sono muniti di numerosi e piccoli gangli che rappresentano per l'utero tanti centri di movimento e spiegano come possa avvenire il parto dopo la morte.

Il plesso vescico-vaginale che innerva le parti di questo nome.

Parovario.

Fra le lamine del legamento largo è rinchiuso un organo piatto, il parovario, che trovasi nell'angolo formato dall'ultimo gomito della tromba, comprendente di questa la fimbria e il margine laterale della ghiandola. Ha la forma di un ventaglio coll'estremo rivolto all'ovaja. Misura col diametro condotto perpendicolarmente dal margine della ghiandola da 15 a 20 mm., e consta di un numero di canaliculi diritti contorti o strettamente attorcigliati del diametro da 0,3 a 0,5 mm. Uno di questi canaliculi, una parte dell'originario rene primordiale, forma il margine del parovario che tocca la tromba.

Dieci a quindici canaliculi si portano ad una delle estremità dell'ovaja e quivi terminano a ridosso dei vasi afferenti della ghiandola; spesso uno dei tubuli si allunga oltre il margine dell'organo costituendo una piccolissima cisti peduncolata — Idatide del Morgagni. La funzione del parovario è ignota. —

Questi tubuli ramificati ad onde possiedono una membrana propria e *un rivestimento epiteliale cilindrico.* Vengono considerati come residuo dei corpi di Wolf alle spese del quale l'ovaja si sviluppa. L'assieme di questi tubuli ha ricevuto il nome di Organo di Rosenmüller.

Cenno storico ed embriologico dei corpi di Wolf ed attinenze.

In una memoria intitolata: *De formatione intestinorum, precipue tum de amnio spurio aliisque partibus embrionis gallinacei, nondum visu, observationes in ovis incubatis institutæ.* Wolf ha accennato per la prima volta al corpo che porta ora il suo nome. Negli uccelli, terreno delle sue esperienze, egli credeva servissero di matrice all'evoluzione dei reni. Oken dimostrò invece la loro totale indipendenza.

Mekel senza farci conoscere nessun fatto nuovo emise l'ipotesi che da lamine successivamente conformantesi a doccia, ne venissero le trombe, restando aperte da ambo i lati.

Rathke prima opinò che i corpi di Wolf fossero matrice comune ai reni e agli organi generativi, quindi accolse le conclusioni di Mekel, e così pure il Müller....

Spetta a M. Coste, scrive il Follin, l'onore di aver risolto il problema. Secondo il Coste i corpi di Wolf non avrebbero parte alcuna allo svolgersi dell'apparecchio generativo.

I corpi di Wolf sono organi che appartengono al primo periodo dell'evoluzione dell'embrione. Formato il tubo intestinale si vedono sotto la forma di due masse allungate, granulose da ciascuna parte dell'intestino retto occupanti uno spazio dalla cloaca fino al disotto del cuore.

Dapprincipio secondo Rathke i corpi di Wolf sono semplici, solo più tardi la massa si divide, mentre Baer, Müller, Valentini, Bischoff affermano di averli veduti sempre doppi.

Questi organi sono destinati a scomparire; dapprima la loro esistenza s'accompagna allo svolgersi delle ghiandole della generazione e dei reni. Lasciano a residuo nella donna dei tubuli conosciuti sotto il nome di organo di Rosenmüller che primo ne ha affermato la presenza nella tesi: *Quædam de ovaris embrionum et fetuum humanorum.*

Mettendo di contro alla luce un legamento largo disteso, povero di grasso e non alterato da forme morbose pregresse è facile riconoscere i tubuli fra l'ovaja e l'estremità frangiata della tromba. Al di sotto della sierosa questo assieme di canaliculi disposti a piramide si trovano nel cellulare e si possono facilmente isolare. Posti davanti ai vasi ovarici costituiscono quell'assieme cui Wrisberg diede il nome di plessi pampiniformi. L'organo di Rosenmüller nella donna è come appeso alla metà esterna della ghiandola mentre nel feto a termine corrisponde al punto di mezzo del bordo superiore dell'ovaja.

Cresce coll'età della donna; i finissimi tubuli divengono tortuosi e coll'età opachi; subiscono nella vecchiaja essi pure un periodo di involuzione, ma si lasciano sempre vedere. Il Follin li trovò in una donna di 62 anni ridotti a finissimi cordoni. Nella gestazione si presentano rossi e tumefatti. I tubuli sono a fondo cieco e, se non tutti, in gran parte convengono all'ovaja. Hanno dice Follin una tunica a fibre longitudinali di congiuntivo ed un *rivestimento interno di finissimo epitelio pavimentoso.* Non è dato di riscontrare nella donna un canale escretore che esisterebbe, sotto il nome di canaliculi del Gärtner in alcuni animali. Troja - rosicchianti; e i canali che ostetrici ed anatomi credettero seguire nello spessore della parete uterina non sarebbero stati che vani vascolari. Attorno a tal soggetto lavorò l'immaginazione di molti ostetrici i quali pensavano di potersi spiegare per tale strada certi casi di gravidanza in soggetti nei quali le trombe erano obliterate. (*Dal Follin resi dot.*)

Noi però troviamo notato un caso di biforcazione della tromba di destra nella sua porzione interstiziale. Il canale decorreva nello spessore della parte uterina sboccando a ridosso dell'orificio interno. Diede il preparato occasione di registrare una nuova specie di gravidanza extrauterina che venne chiamata intramurale.

Hennig esaminò un vizio di conformazione osservato dal Köberlè nel quale risultava pure questo canale intramurale ed emise l'opinione trattarsi dei residui dei tubuli di Gärtner.

Bandl (pag. 831, Manuale delle malattie Muliebri-Billroth e Lücke 1886, Stuttgard) che riporta tali notizie, accenna ad un preparato del museo Viennese nel quale l'uovo trovavasi nello spessore della parete uterina.

Tanto raccolsi di dati storici della tesi del Follin, certo non sempre esatto nei suoi apprezzamenti come ce ne persuadono le vedute del Köllicker che noi ora passeremo di volo e sulle quali si appoggerebbero gli ultimi studii che rischiarano l'origine di certi tumori intralegamentari.

Alla fine della terza settimana fra le modificazioni importantissime che subisce l'embrione si constata distintamente degli organi

interni il fegato e i corpi di Wolf e ulteriormente l'intestino già separatosi dalla vescicola ombellicale... — Dalla parte mediana ed anteriore dei corpi di Wolf e in istretto nesso con essi si originano dapprima sotto forma di due bianche bandelle le ghiandole della generazione e più in sotto accanto ai canaliculi escretori degli organi di Wolf si svolgono i canaliculi del Müller destinati a dare gli organi dell'apparecchio interno generativo.

L'ispessimento dell'epitelio peritoneale e la sua metamorfosi nel così detto epitelio germinativo costituisce la bandella sopraccennata che darà poi il parenchima della ghiandola del sesso, mentre il mesoderma di questa regione si vascolarizza.

Quindi nei riguardi della formazione embriogenica delle ovaje può esser ritenuto come certo che le uova vengono date dall'epitelio germinativo. — Keimepitel — Resta invece dubbio se tale sia la matrice dei folliculi. Secondo Waldajer lo stesso epitelio darebbe le cellule che andrebbero a costituirli; io all'incontro, scrive il Köllicker, ho trovato nei giovani cani che le cellule del folliculo si formano da caratteristiche fibrille e tubulini che attraversano il parenchima dell'organo - Zellenstränge - Markstränge - ù canäle - e con la massima probabilità sarebbero emanazioni dei corpi di Wolf.

Il canale escretore dei corpi Wolfiani — che sotto il nome di canali Gärtneriani si osserva permanente in alcuni animali, e della cui interpretazione si occupò prima l'Jacobson e quindi il Kobelt (come è accennato, scrive il Kolliker nella prima edizione del mio trattato a pag. 447) — lascia dei residui nella specie umana, nel legamento largo dell'embrione maturo; nell'embrione di evoluzione ulteriore ha Beigel scoperto detti canali nello spessore della parete uterina. — Io continua il Köllicker, — esaminai i preparati di Beigel e confermo la presenza di detti canali, quali piccoli tubi epiteliali, lateralmente e verso l'avanti negli strati superficiali della spessa parete dell'utero (V. fig. 292, Gr. Ent. Gesch.); però non poteva vedere come finissero ed è ben sicuro che a loro non spetta parte alcuna.... noi aggiungiamo, fisiologica, poichè lo scopo di questo cenno è appunto di mettere in luce i punti che sotto certe condizioni possono essere di partenza per evoluzioni morbose neoformative.

Dei possibili punti di origine dei tumori epiteliali nei legamenti larghi dati dai residui embrionali.

Adunque riepilogando, appoggiati alle cognizioni embriologiche, per la etiologia dei tumori che si possono incontrare fra le pagine del legamento largo o che per continuità di matrice in esso si possono svolgere, noi dobbiamo tener presenti i seguenti punti di origine:

1° Lo stesso ovario per le lamine e tubuli midollari che ne attraversano il parenchima, che con tutta la probabilità per il Köllicker sarebbero emanazioni dei corpi di Wolf.

2° L'ilo dell'ovario donde le lamine midollari penetrano nel parenchima.

3° Il parovario organo di Rosenmüller.

4° Il legamento largo per i residui del canale escretore dei corpi Wolfiani.

5° La corteccia laterale della parete uterina dove si continuano detti canali escretori noti sotto il nome di Tubuli di Gärtner.

6° Il tessuto congiuntivo paravaginale in quanto in esso possa esservi traccia dell'ultimo tratto dei residui detti tubuli.

Quindi terremo conto degli organi e dei vari tessuti, connettivo muscolare, ai sistemi di vasi sanguigni e linfatici che per attività morbose possono dar luogo a neoformazioni con tutte le modificazioni cui possono andare incontro.

Topografia degli organi interni del bacino muliebre.

Richiamata così l'attenzione sul terreno donde possono generarsi le neoplasie che formano l'oggetto del nostro studio, prima di entrare nelle considerazioni generali dei rapporti anatomici fra i tumori, il loro inviluppo e gli organi circonvicini sarebbe opportuno il presentare un prospetto topografico degli organi femminili interni. E in luogo di valermi di una descrizione scolastica, trascrivo a tale scopo un reperto dato dal Köllicker nella sua monografia — *Über die Lage der inneren weiblichen, etc.*, col doppio vantaggio che ad una osservazione diretta e scrupolosamente esatta s'aggiungono delle varianti che senza discostarsi gran fatto dalla norma possono riuscire di un certo interesse.

È la relazione dell'autopsia di una ragazza di 17 anni di regolarissime proporzioni annegatasi nel Meno per amore infelice, infortunio assai frequente in Sassonia a cui il professor His, come ebbe a dirmi egli stesso, deve in gran parte il ricco materiale per i suoi bellissimi studi di embriologia.

La necroscopia constatò normali tutti gli organi e non tracce di aderenze briglie e concrescimenti. Erano scorse 36 ore dalla morte ne si era manifestato indizio di putrefazione. Aperta con taglio crociato la cavità addominale si vide nella escavazione retto-uterina, non però nella parte più profonda, spazio del Douglas, che vi erano alcune anse intestinali allontanate le quali, gli organi del bacino si presentarono così disposti:

La vescica del tutto vuota s'addossava in tutta la sua larghezza alla sinfisi pubica superandola di alcun poco col suo vertice in luogo di essere contratta nel fondo.

La sua forma veduta per di dietro era triangolare, larghezza superiore cent. 5 mm. 8, un centimetro al di sotto dell'inserzione dell'uraco misurava cent. 3 mm. 2. Ricordava la forma e figura infantile.

L'utero era antiverso senza ombra di flessione addossato alla vescica cosicchè non risultava vano utero-vescicale. Il fondo era largo centimetri 4 mm. 3 piegato alquanto destra raggiungeva quasi la sinfisi, quindi di poco più basso del vertice vescicale.

Vedutolo posteriormente il corpo disegnava una leggera curva sul fondo, più marcata alla cervice.

I legamenti rotondi in questo caso formavano in tutto il loro decorso il bordo più alto del legamento largo e nel loro primo tratto erano separati da un infossamento di mm. 2 $^1/_2$ a mm. 3 dalle trombe poste quindi in un piano di poco più basso.

Le ovaje giacevano in un piano pressochè anteriore posteriore, colla estremità anteriore, alla quale erano inseriti i legamenti, leggermente convergente. Il diametro longitudinale degli organi alquanto obbliquo, correva vicino e parallelo ai vasi iliaci esterni. Una delle faccie guardava la parete laterale del piccolo bacino in corrispondenza dei vasi otturatori mentre l'altra era rivolta all'intestino retto; si aveva l'ilo verso l'insù e l'avanti mentre il margine libero corrispondeva all'imbasso e all'indietro.

È da osservarsi che *la superficie tubaria dell'ovaja era in ambedue decisamente la parte più stretta dell'organo.* Il legamento ovarico era assai breve, a destra più che a sinistra

La tromba si portava dall'utero in direzione trasversa parallela ai legamenti rotondi: ambedue dopo breve tratto piegavano all'indietro e correndo sopra e davanti l'ovaja lungo la parete laterale del piccolo bacino si attaccavano colla loro estremità frangiata all'estremità libera dell'organo cosicchè l'ostio addominale era ridotto verso il fondo del piccolo bacino e verso la ghiandola; per tali rapporti il *lig. infund. pelv.* si trovava contro l'ordinario posto più all'indietro dell'utero e della porzione mediana del legamento largo in modo che la sua estremità libera guardava l'osso sacro mutandosi così la sua superficie ordinariamente anteriore superiore in inferiore posteriore:

Legamento	rotondo	sinistro	cent.	7-6
»	»	destro	»	6-4
	ovajo	sinistro	»	4-2
	»	destro	»	3-9
Legamento	»	sinistro	»	2
»	»	destro	»	1-1
	tromba	sinistra	»	10-3
	»	destra	»	9-2

Il retto nella sua porzione superiore era portato a sinistra ed era vuoto.

Gli ureteri decorrevano inferiormente dietro le ovaje e dietro il *ligamentum infund. pelv.*, lungo la parete laterale del bacino e incrociavano la porzione inferiore della cervice quasi all'altezza dell'orificio esterno.

Questo reperto che si stacca qua e là dalle tavole d'anatomia mi fa tornare a mente una fina osservazione di un illustre anatomo che, cioè, se ne togli il capriccio del momento evolutivo, il concetto più esatto della topografia degli organi del bacino muliebre è quello che si fonda sull'idea della loro mobilità.

Generalità sui rapporti dei tumori col loro inviluppo.

Per le suesposte note anatomiche chiaro apparisce quanto sia comodo ambiente all'evoluzione di tumore di qualsiasi natura il legamento largo.

Il più delle volte è la porzione superiore del legamento sdoppiata, cosicchè incisa la sierosa può aversi facile l'enucleamento con un fondo netto dove le pagine trovansi in perfetto coalito.

Il tumore può nel suo sviluppo distendere uniformemente il legamento e portandosi verso l'alto stirare in questa direzione gli organi sui quali si diffonde la lenta trazione. L'utero però, se i suoi legamenti e la congiunzione della cervice del corpo sono normali, in luogo di essere tratto all'insù nella totalità può subire un'allungamento e la vescica non essere punto molestata nei suoi rapporti colla cervice uterina, esposta però sempre a soffrire nella sua libertà di espansione. Se invece l'utero obbedisce in *toto* alla trazione per modificazioni nel suo apparecchio di fissazione e nella sua compage, allora la vescisca viene stirata nell'istessa direzione dell'utero col suo parete posteriore.

Le ovaje e le trombe naturalmente quando non vengano convolte nell'evoluzione morbosa si troveranno nel segmento suo superiore.

Le trombe potranno subire, mantenendo una struttura pressochè normale un'allungamento considerevole, perfino di 70 centm., come risulta da un preparato nell'Istituto Anat. Patolog. di Praga.

Ben più di frequente manca questa uniformità di espansione e la direzione presa dal tumore può essere più verso l'esterno e verso la linea mediana; se lo sdoppiamento avviene fino a comprendervi la parte che costituisce il *legamentum infund. pelv.* il tumore si andrà ad adagiare sul margine del bacino e perfino alla fossa Iliaca; se l'evoluzione si fa verso la linea mediana ne risentirà

direttamente l'utero il cui rivestimento può esserne sollevato e il tumore passare dall'altra parte ingenerando versioni, flessioni, torsioni dell'organo colle loro conseguenze.

Col distendersi dei tessuti anche i vasi si trovano sopra una superficie più ampia aumentando la grandezza delle maglie che formano, disposti però sempre in due larghi fasci, dalla linea mediana i rami terminali dell'arteria uterina della linea terminale i rami della spermatica.

Anche verso l'imbasso lo sdoppiamento può essere così completo da aversi il tumore nel parametrio e in immediata vicinanza colla massa maggiore del plesso pampiniforme e coll'uretere che ne può esser compresso.

Olshausen osservò un cistoma papillare bilaterale intralegamentare il quale colla sua porzione extraperitoneale si trovava fra il retto e la vagina ed arrivava in prossimità dell'ano.

I tumori possono contrarre le più svariate aderenze e tali da rendere al momento dell'operazione difficilissimo e quasi impossibile un'orientamento esatto come vedremo nel pertrattarne.

La neoformazione può svolgersi a carico della pagina anteriore o della posteriore del legamento; nel primo caso ne potremo avere la superficie anteriore a contatto o quasi delle pareti addominali e la linea dove normalmente il peritoneo si getta alla vescica può essere spostata perfino poco lungi dal bellico; nella seconda evenienza il tumore può raggiungere il punto di sotto del mesocolon della flessura sigmoidea a sinistra e a destra del mesoceco, in ambo i casi in vicinanza dei grossi vasi iliaci; può avvenire che il mesenterio di un'ansa intestinale ne sia sdoppiato e l'evoluzione del tumore divenuta retroperitoneale può arrivare alla regione dei reni.

In un caso da me presenziato, marzo 1886, il professor Breiscky direttore della Clinica Ginecologica di Praga incise le pareti addominali si trovò davanti ad un tumore a superficie liscia con poche aderenze parietali quale un tumore assai grande ma libero nello addome; arrivate colla dissecazione delle poche e facili aderenze all'epigastrio verso la regione splenica, la mano esploratrice gli scoperse la vera topografia del tumore del tutto intralegamentare per lo sdoppiamento del mesenterio dell'esse Iliaca portata dal tumore all'arcata costale di sinistra. Inciso lo inviluppo praticò L. Artis l'enucleazione e la donna guarì.

È da notarsi che nel decorso *ante op.*, non si aveano avuto turbe dal lato dell'intestino, se ne togli quelle legate alla presenza di grossi tumori liberi, mentre in questo caso sarebbero stati di strettissima logica fenomeni di occlusione intestinale senza il mirabile addattamento di cui è capace la natura.

Il tumore era un' enorme adenocistoma intralegamentare di sinistra.

Da ultimo per l' espandersi e il protendere di una pagina del legamento e per il volume e peso del tumore e per la sua direzione laterale può sollevarsi la base dell'inviluppo, e con esso, colle ramificazioni vascolari che affluiscono ed effluiscono e coi legamenti e mesenterii degli organi vicini stirati, formarsi un peduncolo anche lungo e presentare tutti i caratteri di un tumore mobile del ventre, la cui spostabilità ad un esame mentirebbe fino ad un certo punto la sua origine.

Da un contegno così vario di svolgimento ne viene di conseguenza che la formazione di un peduncolo in senso chirurgico deve essere assai differente e qualche volta riuscire del tutto impossibile. La sua superficie di sezione può presentare uno strato più o meno grosso di fibre muscolari e vasi afferenti ed efferenti avvolti dalla dupplicatura sierosa; può comprendere la tromba il legamento proprio dell' ovajo e in rarissimi casi il legamento rotondo dell' utero, ecc.

Della idronefrosi meccanica.
Cenno sul decorso degli ureteri.

Una delle complicazioni ai tumori addominali, in ispecie di quelli del legamento largo e intralegamentori è l'idronefrosi meccanica. Questa avviene e si può supporre durante la vita, quanto più grande è il tumore, quanto più espanso lateralmente, quanto più compatto, infine quanto più si affonda e si addossa al piccolo bacino.

Dividendo la via percorsa dall'uretere in due parti, l'addominale e la pelvica troviamo nelle donne i seguenti rapporti.

I due ureteri decorrono convergenti fino all'entrata del piccolo bacino; alla pelvi renale distano fra loro da 8 a 9 cent.; all'entrata nel piccolo bacino da 5 a 7 cent. — Freund e Joseph. — Nella prima parte decorrono ad *esse* adattandosi alle differenze di livello in gran parte nel tessuto cellulare retroperitoneale, passando dal margine esterno allo interno sopra il muscolo *psoas* e incrociando la spermatica interna che decorre trasversalmente sopra questo muscolo. — La topografia rispettiva dei due ureteri non è identica. — La parte addominale dell'uretere destro giace dapprincipio dietro la parte terminale della porzione discendente del duodeno, cosicchè sotto peculiari circostanze può avvenire la comunicazione fra i due organi. — Ulteriormente fino al distretto superiore, allo esterno della piega mesenteriale destra del peritoneo parietale, è coperto da anse dell'intestino tenue.

La parte addominale dell'uretere sinistro discende dietro la flessura *duodeno-jejunalis* e nel suo ulteriore decorso non è coperto solo da anse del tenue, ma alla sua entrata nel piccolo bacino, decorre dietro la porzione rettale della flessura sigmoidea.

L'uretere sinistro nel bacino dopochè ha sorpassato l'arteria iliaca comune, un centimetro e mezzo circa al di sopra della sua bipartizione, passa sopra dell'arteria ipogastrica di sinistra incrociando quindi i rami che ne partono. — Arteria uterina. — Arteria otturatoria, — e si addossa alla parete sinistra del bacino all'altezza dell'angolo della grande incisura ischiatica circondato avanti e indietro da grosse vene.

Entrato nella pelvi l'uretere destro circa un centimetro e mezzo al di sotto della bipartizione dell'arteria iliaca comune passa sopra l'arteria iliaca esterna e la vena omonima e viene a stare davanti all' iliaca interna giacendo nello spazio limitato all' esterno della vena iliaca e allo interno e all'indietro dalle arterie iliache esterna, interna. Questa parte di uretere trovasi all' altezza della linea terminale del bacino. Successivamente nella via che percorrono nel piccolo bacino non presentano differenze rimarcabili cosicchè ne seguiremo uno solo.

L'uretere copre dapprincipio l'origine del nervo otturatorio, incrocia, sempre mantenendosi alla parete laterale e rispettivamente al fondo del bacino, l' arteria otturatoria e l' uterina e quindi descrive una curva con convessità allo indietro e allo esterno viene ad inserirsi ai rispettivi punti del trigono.

Questa curva descritta dall'uretere misura circa cent. 9 dal punto donde ramifica l'arteria ipogastrica fino allo sbocco vescicale e presenta la convessità maggiore nel punto in cui l' arteria uterina lo incrocia passandovi sotto e correndo al collo uterino all' altezza dell'orificio esterno. In questo punto l'uretere presenta una dilatazione fusiforme, e l' arco descritto vien diviso dall' arteria in due parti, la superiore è di poco più lunga della inferiore. L' uretere dista dalla cervice uterina circa un centimetro e mezzo. Freünd e Joseph hanno notato anche le piccole differenze dei due ureteri nella loro parte pelvica e trovarono che a livello dell'orificio esterno uterino l' uretere destro a porzione vaginale normale disterebbe da 2 cent. 7 mm. a 3 cent. 3 mm. il sinistro da 1 cent. 5 mm. a 2 cent. 7 mm. mentre quasi doppia è questa distanza all' altezza dell'orificio interno.

È chiaro che a modificare questi rapporti deve concorrere il contegno del retto che ordinariamente giace a sinistra dell' immaginario asse mediano, ma che nei diversi stati di vacuità o di pienezza muta considerevolmente i propri rapporti.

La parte pelvina degli ureteri decorre sempre sulla parete laterale del bacino dapprima, poi sul fondo sopra l'elevatore dell'ano, e non abbandona mai questa sede. Nell'arco che descrivono sul piccolo bacino essi trovansi l'uno dall'altro a maggior distanza che non alla pelvi renale, da 10 a 13 centimetri.

Quando il retto è disteso trovasi quasi ad immediato contatto coll'uretere destro rapporto che vien meno nella stato di vacuità.

Adunque gli ureteri non sono mai rivestiti dal peritoneo, il quale solo all' altezza della sinfisi sacro-iliaca forma la plica ipogastrica, la quale nei riguardi dei condotti uriniferi è anche chiamata da C. Hasse plica ureterica.

Quindi perchè un tumore del bacino prema sugli ureteri conviene appoggi o concresca intimamente colle pareti delle pelvi, o stringa questo tubo assai resistente fra nodi cicatriziali, fra masse neoformate di connettivo come mi fu dato di osservare in un caso in cui l'estremità dell' uretere destro si presentava della grossezza di un uovo per diffusione di epitelioma del fornice che avea usurato la parete del retto.

Gli ureteri fino a questi ultimi tempi aveano richiamato l' attenzione dei Ginecologi per quanto si riferiva all'interessamento loro nel campo operativo, sia nel trattamento delle fistole, sia nelle laparotomie. Solo qua e là, come dopo accurate ricerche afferma il Sänger nella sua monografia sopra la palpazione degli ureteri nella donna, si trova nei trattati un qualche cenno sull' argomento, sia nei riguardi della legatura provvisoria come della palpabilità dell'ultima porzione degli ureteri a scopo diagnostico.

Prima del Sänger, il Pawlich libero docente in Ginecologia a Vienna, meravigliò il mondo degli studiosi colla sondatura degli ureteri praticata sulla guida dell'occhio con siringa di suo modello; e con tale manualità, che esige anche nei casi adatti una abilità non comune, il Pawlich riuscì a definire delle diagnosi dubbie. Ma la sondatura è encheiresi difficile e perciò il Sänger crede si possa in gran parte sostituire col semplice palpamento. Vol. 28, fasc. I° dell'Archivio di Ginecologia. Ei pertrattò dell'esame sistematico degli ureteri nei riscontri Ginecologici e in occasione del primo congresso di Ginecologia tenutosi in Monaco del quale facevo parte, ne dimostrò l'attuabilità sopra le ricoverate della maternità diretta dal professor Winkel.

Sia nelle forme specifiche di diffusione, come anche nei casi di tumori per il solo momento meccanico gli ureteri giuocano una parte assai importante nel decorso dell' affezioni del ventre; e un tal rilievo, quando lo permetta la condizione dei tessuti nei quali sono compresi, — la vagina — il suo fornice ed anche un tratto sopra vaginale dei tubi uriniferi — una lunghezza totale dai 5 agli 8 centimetri — ha un valore diagnostico incontestabile e può giovare alla prognosi e a fornire positive indicazioni per la cura.

Nè la sondatura nè la palpazione sono sempre possibili, ma l'esercizio continuato in un esame fatto di metodo renderanno non dubbi servigi.

Ed ora prima di passare a classare i tumori che sono l' oggetto del nostro studio, vediamo di quelle forme morbose le quali nella diagnosi differenziale hanno un valore che dalla semplice nota di sede, può giungere ad una comunità di segni e sintomi da tener in sospeso il diagnostico ed esser fonte non infrequente di errori.

Delle differenti forme morbose della Pelvi.

Malattia delle Trombe - Gravidanza extrauterina - Emoragie - Parassiti - Forme infiam.

A rendersi conto delle forme morbose della pelvi di cui noi ci proponiamo di ritrarre le linee principali, indispensabile premessa ad uno studio dei tumori del bacino, conviene avere presenti l'anatomia e la topografia abbastanza complessa di questa regione. L'Henle e il Luscka ne pertrattarono magistalmente ed è perciò meglio rimandare ai maestri di quello che sostituire alla loro splendida chiarezza dei manchevoli riassunti.

Ultimamente il Freünd pertrattò in una estesa monografia l'argomento del connettivo pelvico e delle varie forme che vi si legano. Ei non si attiene alle usuali delimitazioni ma lo esaurisce in una maniera del tutto originale; ci offre l'impalcatura connetivale della pelvi nei suoi rapporti cogli organi, coi muscoli accennandone gli strati di irradiazione, coi vasi e coi nervi, studiandone le differenze di contesto e di simmetria da non potergli certo contestare che un'anatomia così intesa ha un valore del tutto speciale, è una anatomia Ginecologica.

Il Freünd nel renderci la topografia del connettivo domanda che come si parla di peri-parametrio, si debba parlare di peri-paracistio, di peri-peraproctio, etc., domanda cioè di mettere in atto per intero il concetto del Virchow.

Bichat nello studiare la compage del tessuto connettivo nelle sue differenze molteplici a seconda che riveste, s' intesse, riempie, fissa o congiunge, fu il primo che stabilì i veri rapporti fra maglie e maglie per via sperimentale iniettandovi aria ed acqua. Poi vennero gli sperimenti di Henke che si propose di trovare i rapporti fra i sistemi vascolari e le maglie del connettivo. Importanti sono per noi le ricerche di König e Schlessinger rivolte al connettivo della pelvi muliebre allo scopo di studiare le vie di diffusione degli stravasi, dei focolai purulenti e del modo con cui si allontanano dalla pelvi o vi arrivano i prodotti di lente flogosi.

Sebbene le deduzioni da questi esperimenti istituiti dai succitati autori su larga scala, scegliendosi a punto da iniettarsi luoghi diversi, la sommità e la base del legamento largo, la vulva e il fornice vaginale, corrispondono solo per quanto si riferisce al puro elemento meccanico con quanto di patologico tutto giorno si osserva nell'organismo vivente, egli è ovvio pensare che non vi sono esperimenti che sostituiscono i processi morbosi nei loro rapporti coi varii tessuti.

La causa determinante un'abbondante essudazione, uno stravaso, ad altro fatto patologico, la potenza deleteria di cui può esser capace, le precedenze offerte dai tessuti alla causa morbosa e il modo con cui vi rispondono della semplice iperemia alla necrobiosi, l'azione lenta rapida o a riprese del *quid* efficiente, danno un assieme di circostanze per le quali non esistono norme ben definite; e quindi gli esperimenti rafforzarono solamente quanto avea provato Bichat e gli altri sui rapporti tra maglia e maglia e su quelli coi vasi linfatici, ecc.

Egli è perciò che dato un processo morboso a noi non è sempre possibile il concretarlo. Un tumore posto ai lati dell'utero in luogo di essere giusta il nostro pensamento un tumore cistico si può rivelare per un' esito flogistico, per una sacca purulenta dovuta a forma decorsa mesi ed anni prima; masse dure e bernoccolute possono non rappresentare che i monumenti residui di antica parametrite, mentre al Clinico anche esperto potevano passare per neoplasie; e come tali possono esser tenute forme idropiche, cisti idatidee, gravidanze extrauterine e loro esiti.

Eccoci adunque davanti a molti processi morbosi che se sono per le note anatomiche in oggi ben definiti non lo sono affatto per le note Cliniche. Il Bandl scrive che l'iniziarsi delle forme flogistiche addominali non presenta quasi mai note caratteristiche ai varii processi; e le note caratteristiche ci mancano in molte altre forme. Infatti a modo di esempio le affezioni delle trombe poggiano la loro diagnosticabilità sullo stato presente per il quale le circostanze non sono sempre favorevoli e su note anamnestiche non sempre possibile e, peggio, non sempre vere.

L'intermittente scaricarsi di abbondante quantità di siero dall'utero non è certo sufficiente a stabilire che si tratti di un *idrops tubæ* mentre l'utero per sè o per la presenza di un fibroide lo può determinare, etc.

Tornerà più facile conchiudere sopra una gravidanza extrauterina poichè è di solito accompagnata da molti dei segni di una gravidanza normale, ma non possiamo dire certo lo stesso sugli esiti suoi. Quante gravidanze extrauterine od esiti da guarigioni spontanee non devono rimanere ignorate o vanno a costituire la ric-

chezza fortuita dell' Anatomo-patologo. Noi siamo in diritto di ammettere un tal fatto davanti al materiale che ingrossa ogni giorno per le molte laparotomie che si praticano. La gravidanza extrauterina deve esser un fatto tutt' altro che raro, solo la diagnosi non è sempre nè facile, nè fattibile.

Il fremito e la puntura d'assaggio sono i segni sopra i quali possiamo far capitale per riconoscere l'Echinoccoco; ma il fremito non l'abbiamo sempre e la puntura non è sempre consigliata dalla prudenza. Il Lister e lo Thornton mi offrirono degli *Specimens* interessantissimi in proposito di cisti idatidee; e il Freünd nei suoi contributi di Clinica Ginecologica splendidamente illustrata con tavole, raccolse un rispettabile contingente di casi di Echinoccoco della Pelvi, dalle cui anamnesi e decorso risulta appunto come assai spesso non sia possibile la diagnosi.

Ad onta delle molte difficoltà è nostro obbligo di fermare la nostra attenzione sopra i fatti scrupolosamente controllati dell'anatomo-patologo e sforzarci di trarne tutto il partito possibile per i nostri apprezzamenti al letto dell'ammalato.

Anzitutto vediamo delle forme che colpiscono le trombe.

Malattie delle trombe. — Esse sono subordinate: a tutti i processi dell'endometrio acuti e cronici, sia nelle forme che si estendono alle trombe per via diretta come nell'endometrite semplice e specifica, sia che vengono a colpire le trombe per diffusione di flogosi alla sierosa tenendo la via dei linfatici, come nelle forme puerperali; alle peritoniti circoscritte legate assai spesso ai piccoli focolai essudativi, alle emormesi del perimetrio alle funzioni ricorrenti delle ghiandole sessuali; alle infezione che chiameremo d'indole generale - tifo - vajuolo - emofilia - scarlatina, etc., — le quali possono aver riflessi sugli organi del bacino; alla tubercolosi che può primitivamente colpire le tube; alla carcinosi la quale investe le trombe sempre in via secondaria; infine le trombe possono presentare delle neoformazioni, ma di piccola mole, piccole cisti o fibroidi, o subire gli effetti di neoformazioni che si svolgono nei dintorni, di idatido-cisti, etc.

In tutte queste evenienze noi possiamo distinguere in via riassuntiva tre possibilità: o il processo che ha colpito le tromba ha snaturato in totalità la struttura dell'ovidutto, come d'ordinario si osserva a decorso avanzato nei processi gonnoroici, nella tubercolosi e nelle distruzioni cancerose; oppure il processo ha agito su larga estenzione determinando concrescimenti ed inviluppando altri organi in modo che quanto avvenne nelle trombe resta in seconda linea - Pelvi peritonite, etc.

In questi casi la parte rappresentata dalle trombe o è finita o è del tutto secondaria.

Le trombe sono divenute tessuto lardaceo, cicatricoso, fibroso raggrinzato come osservai in preparati di casi di gonorea pelvica; oppure ingrossate specialmente nel tratto periferico contengono e quasi constano in *toto* di masse caseose rivestite da sierosa ispessita, adesa, etc.

In secondo luogo la compage della tuba può essere in parte rispettata dalle succennate forme morbose.

Le affezioni determinano la chiusura degli ovidutti sia agli estremi oppure in più punti, ne segue ritenzione e si possono avere a decorso avanzato una o più sacche a contenuto diverso, a seconda che per la natura del processo o successivamente alla loro formazione sia arrivato ad esse il bacterio piogene, si siano determinati focolai emorragici, o si tratti solo di trasudazione sierosa o di detrito di epitelio. Tali raccolte sono d'ordinario di piccole mole però possono raggiungere dimensioni considerevoli, come ad esempio occorse nei casi dello Sänger.

In terzo luogo prendiamo a considerare quei casi nei quali avvenne la chiusura degli orifici tubarii in seguito a processo circoscritto, con o senza partecipazione dell'ovaja, per semplice forma catarrale, per compressioni sofferte, etc. La tromba viene a poco a poco distesa, s'ipertrofizzano più o meno le sue tuniche, s'atrofizza la sua mucosa, diventa una psendo-cisti il cui volume da una nocciuola, un'uovo può raggiungere quello di una testa di adulto, e stando ad esempi degni di fede ancor più; la forma ne può essere irregolarissima a strozzature, a rigonfi a lobi, etc. Noi possiamo avere l'idro-salpingo; se l'orificio uterino è aperto può avvenire a quando a quando lo scarico della raccolta — Idro-salpingo fluente.

Nei casi nei quali l'estremità addominale e concresciuta all'ovaja degenerata a forma follicolare, la tromba ectasica e la cisti si possono fondere in una sola cavità. — Cisti tubo-ovarica —; se ha luogo lo scarico ricorrente dal lato dell'utero si avrà la cisti tubo-ovarica fluente.

Se dopo avvenuta la chiusura degli orifici, o a determinarvela abbiamo avuto un fatto emorragico sia funzionale o meccanico - mestruazione, ovulazione - malattie del cuore o dei vasi - discrasie per forme infettive - in luogo dell'idro-salpingo si avrà l'emato salpingo.

Nei casi di emato-colpo di emato-metro-colpo per chiusura vaginale o uterino del canale genitale, per vagina ed utero doppio, etc., potremo avere la raccolta ematica anche nella tromba. A lungo andare per la separazione del serum dal cruor, un emato-salpingo può divenire un idro-salpingo, così come o in seguito ad intervento, a trauma chirurgico o accidentale, a infezione qualsiasi l'emato o l'idro-salpingo possono mutarsi in pio-salpingo.

Un caso di tal fatta ebbi ad osservarlo come brutta conseguenza di un esame ginecologico non praticato con tutte le cautele antisettiche.

Io divisi così succintamente le affezioni delle trombe per semplice ragione di comodo o di chiarezza. Il mio proposito è di fermare l'attenzione sulle forme che hanno attinenza coll' argomento che principalmente mi occupa, non di esaurire questo capitolo di Patologia ginecologica divenuto assai complesso per le molte contribuzioni che si seguono quotidianamente date dalla ricca causuistica addominale. Arroge le combinazioni e le complicazioni nei processi diversi che si abbinano e si rincorrono per modo da toglierci assai spesso la possibilità di un'orientamento.

Vi sono malate ridotte dai molti loro mali a veri musei patologici, sì che il coltello stesso del dissettore e le pazienti ricerche dell'istiologo non arrivano sempre a renderci chiare le note delle forme morbose e meno i loro rapporti cronologici.

Le forme gonnoroiche e le tubercolari delle trombe per il perfezionamento dei mezzi e dei modi di esame e per la ricca casuistica non offrono al ginecologo grandi difficoltà diagnostiche.

È da notarsi però che mentre nelle forme tubercolari potremo avere la formazione di tasche a carico delle trombe e, per le distruzioni e i concrescimenti e rammollimenti che avvengono, delle adiacenze in un periodo avvanzato della malattia quando ad indagine accurata, come potei persuadermene con ricerche mie proprie, non si trova più il tubercolo ma solo gli esiti; nelle forme gonnoroiche l'obsolescenza della tromba o di parte di essa e la formazione del pio-salpingo la si osserva poco dopo il periodo iniziale. Nel primo periodo la donna vien colta da abbondantissima lencorrea, accusa subito il dolore sopra o retropubico, le irradiazioni agli inguini, le coliche violenti; le trombe si palpano grosse e dolenti, lo che parla per una cospicua tumefazione della loro mucosa la cui ipersecrezione si scarica dall' ostio uterino in modo continuo o a riprese; se la via di smaltimento si chiude si formano le raccolte che, per la elasticità del tessuto e la sua distensibilità ancora esistente, possono raggiungere volume considevole come ci risulta dai bellissimi esemplari fornitici dallo Sänger tratti da pazienti da lui operate.

Se la via dell'utero si mantiene aperta e non avvengono versamenti nell' addome colle sequele relative, l' azione del gonnoccoco, la cui biologia venne bene studiata da molti e ultimamente dal Buhm, si continua fino a darci le conseguenze ultime della forma cronica di cui già accennai.

Ad ogni modo per la diagnosi di tali forme abbiamo le note anamnestiche e quando queste ci faccian difetto, le modificazioni caratteristiche lasciate dal processo nell'apparecchio genito-urinario, quando anche quest'ultimo sia stato coinvolto, in oggi bene studiate e ben descritte.

Delle forme di pelvi peritonite e pelvi cellulite in cui le trombe figurano facenti parti dei residui qualche volta considerevoli, ne toccheremo poi colle forme infiammatorie.

Il Clinico ha invece scarsissimi appoggi per il diagnostico nell'idro-salpingo, emato-salpingo e pio-salpingo determinatisi senza precedenze degne di speciale importanza fenomenologica; che le pazienti covarono nel loro grembo senza saperlo e solo se ne addiedero quando un'accidentale palpamento le rese edotte di qualche cosa di abnorme nel loro ventre, quando un trauma determinò una sintomatologia minacciosa e tumultuosa non in giusto rapporto col trauma stesso cosicchè la malata, quasi richiamando alla mente un fatto cui non avea punto badato, dichiara al medico che da molto tempo da una parte o dall'altra il suo ventre era più duro più resistente come se contenesse un tumore, o assai spesso quando il ginecologo interpellato per qualche altra ragione trova la sua attenzione fissata da questo corpo più o meno elastico, da più corpi o lobi al lato dell'utero o reclinati nel fondo del bacino e per l'assieme di quanto raccoglie entra nel sospetto dell'esistenza di una raccolta tubaria assai spesso bilaterale.

Il fatto però che tali raccolte sotto queste peculiari condizioni mancano di una sintomatologia propria che valga a differenziarle da un tumore dell'ovaio, da un residuo di vecchia flogosi, da neoformazione del legamento largo - cisti - cistomi - fibroidi - ci avverte che davanti a casi simili dobbiamo sempre pensare alla possibilità della loro presenza e sforzarci a far tesoro di tutto per concretare il giudizio.

D'ordinario queste forme portano la sospensione dei mestrui; la conformazione della raccolta può essere allungata, regolare uniforme, liscia, oppure irregolare, a strozzature a rigonfi a grossi lobi, etc. solo l'ultima porzione uterina della tromba d'ordinario non è modificata gran che, rappresenta un breve *trait-d'union* dell'utero colla porzione ectasica, e un tal riscontro può essere un dato prezioso di orientamento. D'ordinario tali affezioni sono bilaterali e con diversa intensità di processo. Le trombe ingrossando stirano la loro falda sierosa, il meso tubo, e tendono a portarsi allo indietro nello spazio del Donglas.

Oltre la bilateralità, la conformazione, la sede, la mancanza dei mestrui s'aggiunga che le donne così colpite sono di necessità ste-

rili; e quindi dato il concepimento e la coesistenza di molti dei segni notati, noi dovremo, se non abbandonare l'idea che una delle trombe sia fatta sede di una raccolta, concedere però alcuni punti di meno ad una tale probabilità.

Ad ogni modo non mancarono clinici che precisarono tali diagnosi confermandole o coll'autopsia o coll'atto operativo; quindi raccogliendo tutto dalla storia e dall'esame, si può bene sperare di arrivarci.

Ed ora, le affezioni delle trombe e più specialmente tra esse l'emato-salpingo trovasi in istrettissimo rapporto colla gravidanza extrauterina che è il più delle volte tubaria.

Quindi eccoci all'interessantissimo capitolo della gravidanza extrauterina, ricchissimo di contribuzione clinica dovuta a molti laparotomisti e fra gli altri il Lawson Tait.

Gravidanza extrauterina. — Di esiti di grav. extr. ne vidi quattro esemplari: il primo mi occorse nell'81 nella Clinica del professor Braun a Vienna. La donna quasi marastica presentava questo enorme tumore che poggiava al bacino verso sinistra; si avvertivano delle sporgenze assai resistenti; il feto dovea esser morto da qualche tempo; l'atto operativo per gli enormi, fitti e compatissimi concrescimenti fu dei più indaginosi, cui la paziente soccombette nella notte. Nelle note relative al caso, trovo un cenno nei riguardi degli ureteri; non fu possibile all' operatore di trovare in nessun punto del suo tragitto quello di sinistra, per cui dubitava di averlo compreso in una delle tante perfissioni praticate a scopo emostatico, come di fatti risultò all'autopsia.

In questo caso anamnesi e reperto armonizzavano perfettamente; il portato era di 11 mesi.

Dall'autopsia si concluse con tutta probabilità a gravidanza extrauterina tubo-addominale.

Un secondo e un terzo mi si presentarono solo all' esame, e in ambedue il sacco occupava lo spazio del Douglas e l'utero era addossato al pube, però lo si distingueva chiaramente all'esame bimanuale. — In un quarto caso, all'ospitale di Saint Luis a Parigi nel riparto del professor Pean, la paziente, esaurita di forze e sofferentissima, avea già emesso un ossicino da una breccia apertasi dal lato del retto e si voleva sperare che dall' apertura posta a sette centimetri circa dall'orificio la natura avrebbe provveduto per l'eliminazione del resto.

Una gravidanza extrauterina, circa a sei mesi, io vidi dal Plaipfair a Londra. La donna non soffriva nè aveva mai sofferto; il tumore era a destra dell'utero che reclinava dal lato opposto; le mam-

melle secernevano colostro; la pigmentazione era marcata; non molto marcato il colorimento bluastro carico della vagina; noto però che mi colpì il colore più intenso all'introito nel segmento di destra e la pulsazione assai forte al fornice di destra; a sinistra era invece appena percettibile. Si avvertiva distinto il doppio battito. Il professore non avea ancora stabilito a qual partito si appiglierebbe, mi disse però, che ai primi esami avea potuto accertarsi, che buon tratto di tromba al palpamento era normale, ben inteso dal lato uterino; quindi la gestazione poteva raggiungere perfino il suo termine.

Ebbi eziandio la fortuna di vedere un esemplare in cui dovevasi conchiudere alla emigrazione intraperitoneale dell'uovo. La tromba di sinistra era completamente chiusa per vecchio processo e la sierosa di colore perlaceo era assai ispessita. — L'utero conteneva un uovo dal terzo al quarto mese e il corpo luteo della grandezza di una bella lenticchia si trovava nel terzo periferico dell'ovaja di sinistra. Siccome noi sappiamo che gli spermatozoi arrivano nell'addome e mantengono per lungo tempo le loro attività funzionali, è certo che, nelle suesposte condizioni anatomiche, le peregrinazioni dell'uovo fecondato, per raggiungere l'utero devono necessariamente avvenire.

In tutti quei casi adunque in cui gli uovoli di sinistra come quelli di destra hanno il loro ovidutto impervio le emigrazioni dall'uno all'altro lato, costituiranno una circostanza favorevole alle sue inserzioni ectopiche lungo il tragitto.

Dalle diverse località dove l'uovo si ferma e si svolge ne vengono le differenti forme di gravidanza extrauterina. A gestazione avanzata l'orientamento circa il punto di origine è di pura probabilità.

Il Bandl che pertratta l'argomento della gravidanza extrauterina nel grosso manuale di Ginecologia pubblicata a Stuttgarda, illustra con splendide tavole tutte le varietà di gestazione ectopica tolte dai preparati che si trovano raccolti nei musei; e dice che solo della tubaria, dell'interstiziale e di quella avvenuta nei corni rudimentari dell'utero si possiedono esemplari del primo periodo. Di gravidanza ovarica esiste il caso di Spiegelberg.

Sulla forma addominale primaria, e non sempre secondaria come alcuni vorrebbero ammettere, accenno ad un caso interessantissimo raccontatomi dal Braun e che non so se sia stato pubblicato.

Chiamato a visitare una donna gestante in ottavo mese, riconobbe un caso di gravidanza extrauterina e propose la laparatomia che venne rifiutata.

All'autopsia risultò che il bambino bene sviluppato a termine era libero nella cavità addominale. La placenta era impiantata sul legamento largo di destra. Il cordone ombelicale s'avvolgeva all'utero

in più giri ed era concresciuto alla sierosa, così da offrire i caratteri di vecchie aderenze. L'uovo secondo il Braun doveva essersi rotto da 3 o 4 mesi prima e il bambino visse nello addome sino al momento in cui la madre soccombette allo Schok.

Delle forme conosciute di gravidanza extrauterina la tubaria è la più comune; e ad essa appartengono nove dei sedici preparati del museo patologico di Vienna.

Di 122 casi esattamente raccolti dall'Hennig l'uovo avea messo radice 77 volte nella porzione mediana della tromba. In altra rubrica di 37 casi completi, si hanno le seguenti proporzioni nei riguardi della sede iniziale dell'uovo nelle diverse porzioni di tromba

N.° 10 in vicinanza dell'utero
» 17 circa alla metà della tromba
» 5 nel terzo esterno
» 5 nel quarto esterno.

La tromba divenuta matrice per l'uovo fecondato subirebbe nei riguardi della sua mucosa le stesse modificazioni cui va incontro l'utero; cioè si formerebbe una decidua vera, la quale, se l'ostio uterino rimase aperto, si continuerebbe con quello dell'utero, - Langhans - Leopold.

Però non è frequente che l'orificio uterino della tromba resti aperto; e non è raro che durante l'elaborazione della decidua o dopo la morte dell'uovo, si abbiano delle separazioni abbondantissime di siero o delle perdite sanguigne, specialmente cospicue in quei casi, - Leopold - in cui si tratti di gravidanza interstiziale.

D'ordinario il primo periodo della gravidanza extrauterina passa inosservato, le mestruazioni non hanno nulla di caratteristico; avvenuto il concepimento, il lavorio deciduale le può far sospendere, come d'ordinario avviene nel primo mese; successivamente per le modificazioni avvenute nella mucosa, si possono avere regolarmente ed irregolarmente delle perdite catarrali, sierose, sanguigne.

Nei casi in cui la gravidanza tubaria e, per intenderci, mediana, allora la tromba si distenderà e si lacererà nel punto più assottigliato; se la gravidanza è invece interstiziale dimodochè la parete uterina si trovi chiamata a prender parte, ed accoglier la placenta o parte di essa e in allora questo diviene il punto di resistenza minore per i grandi vani vascolari che vi si formano; è lì sarà il punto dove ordinariamente succede la rottura. In 45 casi raccolti dall'Hecker nei quali avvenne la rottura dell'uovo e della sua buccia

26 volte la si ebbe nei primi due mesi
11 » nel terzo
7 » nel quarto
1 volta nel quinto.

Il dato cronologico della rottura, è un criterio di valore per sospettare di qual gravidanza extrauterina siasi trattato.

Un caso dello Spiegelberg, tolse ogni dubbio sulla possibilità di una gravidanza extrauterina tubaria a termine. La tromba nel distendersi *avea spiegate le pagine del Legamento largo le cui fibre muscolari sotto la crescente pressione ipertrofizzarono concedendo così all'uovo una buccia muscolare potente, alla quale il Litzmann riferisce la contrattilità del sacco più volte osservata.*

Non potrà anche un tumore cistico, che si svolga tra le pagine del legamento, presentare al palpamento una certa contrattilità per lo stesso motivo? — In molti tumori del legamento largo, dall' esame istologico delle pareti si riscontrarono, di solito, irregolarmente disposte, nel secondo e più nel terzo strato esterno, fibre muscolari che non potevano essere che gli strati del legamento; in qualche punto per la distensione e compressione quasi scomparse; in qualche altro conservate: di un processo ipertrofico non vi era però da discorrere, a meno che, riferendosi a qualche punto e a qualche reperto non si volesse sottilizzare. Ma, qual differenza fra la gestazione e l'evoluzione di un tumore, il quale se a corso rapidissimo coinvolge i tessuti vicini, ma che d' ordinario procede assai lentamente. Nella gestazione ectopica noi vediamo risvegliarsi tutto l'organismo alla mirabile impresa, come nella gravidanza normale.

Se attorno all'uovo vi hanno elementi muscolari, questi dovranno subire lo stimolo e rispondere nel medesimo modo che risponde la matrice.

L'ignoranza che nei riguardi di certe funzioni ancora ci imbarazza, non deve farci considerare troppo i loro atti dal lato meccanico, influenzandone spesso l'interpretazione e anche, per illazioni erronee, il trattamento.

Questo è forse uno degli appunti da farsi allo indirizzo odierno, che ci spinge troppo ad avere sempre un dilatatore per gli stringimenti, una cinta per le ectopie, un supporto per combattere le fissazioni difettose, a tagliare un legamento retratto, ad accorciarne un altro allentato, etc., e poco si pensa alla funzione che forse con tale mezzo si può sopprimere del tutto come nelle recisioni, oppure snaturare come nelle dilatazioni forzate e rapide. La meccanica colle sue mirabili produzioni ha portato vantaggi enormi; ma, se la è vecchia è sempre vera, l'organismo è una macchina che si aggiusta spesso da sè; sostituiamoci il meno possibile e stiamo bene attenti come essa procede ed imitiamola.

Una povera ragazza ha una deflessione uterina e per questa soffre; però ci dice che nell' orgasmo mestruale sta assai meglio, quasi in quei giorni non soffre affatto, e noi in luogo di valerci troppo della

sonda, di tentare l'applicazione di un pessario ed esporla a mali maggiori, facciamo tesoro della nota anamnestica e serviamoci del caldo per mantenere un'emormesi artificiale negli organi genitali, naturalmente nei limiti terapeutici che godono di una sanzione definita, e imitando la natura avremo forse meno a lagnarci dell'arte.

Se l'uovo fecondato si ferma nella porzione interstiziale della tromba e lì si svolge, si avrà la forma di gravidanza interstiziale. Nel museo di Vienna se ne osserva un esemplare della grandezza di una noce; in un altro in cui si aveva avuto un portato di 16 mesi, qualche tempo dopo la morte del frutto, intervenne il Ginecologo a praticarne l'esportazione.

Secondo il Luska, la lunghezza della porzione interstiziale della tromba è di sette *linee* e di *una linea* il suo lume. In tanta angustia di spazio l'uovo nello svolgersi tenderà verso uno dei quattro punti cardinali e specialmente verso l'alto, chiamando a compartecipazione la parete uterina, cosicchè il Klebs si tenne in dovere di creare una nuova varietà di gravidanza extrauterina, l'interstiziale uterina oltre l'interstiziale tubaria. L'orificio uterino della tromba nelle forme interstiziali potrà essere gradatamente dilatato e la cavità uterina esser in parte la matrice di un segmento dell'uovo. In questi casi, come venne fatto di osservare a medici e mammane, può avvenire la rottura dal lato addominale, di regola in corrispondenza della inserzione placentare, e contemporaneamente aprirsi il sacco dal lato uterino ed il contenuto, in parte venir espulso per le vie naturali, in parte accolto nel ventre. Una mammana attese lunghe ore il bambino, continuando le dolci trazioni sul cordone ombelicale, inserito nel centro di una placenta normale e espulsa per le vie naturali.

Secondo la casuistica raccolta da J. Baart de la Faille, le gravidanze interstiziali tubarie si interromperebbero sempre nei primi mesi. I rapporti che i cotiledoni placentari possono stabilire colle lacune uterine, rendono questo luogo minacciato da due momenti importanti, la distensione progressiva e le oscillazione dell'endotensione vascolare.

Invece all'altro estremo della tromba le condizioni sono del tutto diverse. L'uovo fecondato trova la sua nicchia nel quarto o quinto esterno, nel padiglione, l'uovo si svolge, le sue membrane possono restare in parte scoperte; sembrerebbe a priori che quell'uovo corresse dei pericoli serii; ma la cosa non è così; nell'addome vi sono le condizioni di libera espansione; l'abbondanza vascolare dell'uovo porta tutti gli organi confinanti a concrescere colla sua buccia esterna, a rafforzarne la sua resistenza. La compartecipazione dei legamenti larghi, le neomembrane, le adesioni e coaliti coll'omento, intestina,

utero, vescica, assicurano il progressivo ingrandire dell'uovo che può arrivare al suo termine di evoluzione, e divenuto maturo aver contratte aderenze anche cogli organi superiori del bacino, la milza, il fegato, i reni, etc. Le neomembrane proteggono la cavità addominali dalle conseguenze dei processi flogistici circoscritti, delle piccole emorragie.

Se l'ovaio da bel principio concorse coll'estremo della tromba a formare la nicchia all'uovicino in allora noi chiameremo questa forma col nome di tubo-ovarica; la qual forma non ha a che vedere colla gravidanza ovarica sulla quale non sono unanimi i pareri.

In un caso dello Spiegelberg, considerato da questo autore come una gravidanza ovarica esistevano i seguenti rapporti:

Mancava l'ovaja corrispondente, l'uovo era legato all'utero a mezzo del legamento ovarico.

La tromba si conteneva, come ordinariamente si osserva nelle grandi cisti ovariche, distesa ed allungata, senza modificazioni di sorta nel suo contesto, se ne togli un'assottigliamento delle sue tuniche.

Senza entrare nella questione della gravidanza addominale, se debba essere ritenuta sempre secondaria o se possa essere anche primaria, a me parrebbe che, in base ai preparati che si possiedono, siano da ammettersi ambedue le forme.

Una forma di passaggio fra la gravidanza interstiziale tubaria e la gravidanza normale, l'abbiamo nei casi che l'uovo si svolga in un rudimento di una delle metà uterine per arresto di sviluppo nel periodo embrionale cioè dal secondo al terzo mese.

Anche questa forma è disposta alle rotture precoci. Dei 30 casi di cotal genere raccolti dal Sänger avvenne:

in 23 la rottura nei primi sei mesi
» 3 la formazione di litopedio
e 4 vennero trattati colla laparatomia.

Nel distinguere questa forma di gravidanza dalle interstiziali, non abbiamo dati precisi nemmeno al tavolo di sezione. All'anatomo patologo servono come punto di orientamento: il legamento rotondo, che si trova ordinariamente stirato all'infuori; il contegno del legamento largo; l'estroflessione a guisa di ernia. *Gravidatas interstitialis erniosa* del Virchow — della porzione interstiziale della tromba, la quale si continua nel rispettivo corno uterino.

In un preparato del professor von Hoffmann, la gestazione nel rudimento del corno uterino era avvenuta, non avendo il rudimento comunicazione alcuna colla vagina, per emigrazione dell'uovo, qualora il follicolo fosse scoppiato nell'ovaja del lato opposto; o per perigrinazione degli spermatozoi, portatisi a fecondare l'ovaia del lato cor-

rispondente o l'uovo da essa proveniente già espulso. Nella descrizione riportata dal Bandl non si parla della sede del corpo luteo.

Il caso del Widerstein ci dimostrò la possibilità di gestazione ectopica in un sacco erniario che avea prima ospitato l'ovaja. E, a chi si imbattesse in casi analoghi di gestazione o dei suoi esiti, dopo le pubblicazioni di Sänger sulle neoformazioni dei legamenti rotondi che possono nell'evoluzione loro occupare i legamenti larghi e gli spazi retroperitoneali, deve tener conto di questo elemento di diagnosi differenziale, che può eziandio nei riguardi di tumori connettivali figurare come momento etiologico.

Un altro contingente di gravidanza extrauterina il quale, nei riguardi della diagnosi differenziale colle diverse forme di tumori del bacino, ha un'importanza speciale, è dato da quelle gestazioni ectopiche, tubaria, tubo-ovarica, addominale, le quali coesistano con una gravidanza endouterina e contemporaneamente procedano. I casi studiati appartengono al Gösmann al Pellischek, Cook, Säger, Landon, Pollek, Angles, Rosshirt, etc., il constatare un utero gravido, non può non avere influenza sul nostro giudizio nei riguardi di un'altro tumore che si trovi più o meno legato all'utero ai lati e al di dietro di esso. Nè l'aumentare del tumore di conserva coll'utero gravido ci illumina punto sulla sua natura, poichè la gravidanza è un periodo sempre favorevole all'aumento delle neoplasie in genere.

Anche davanti ai casi in cui, esistendo nel ventre gli esiti di una gravidanza extrauterina – un litopedio – avviene un concepimento e una gestazione normale, noi dobbiamo pensare alle conseguenze di questa coesistenza e provvedere perchè col procedere della gravidanza normale non si stabiliscono sproporzioni di spazio od altra condizione grave – casi di Leinzell – Hügenberger – Barnes.

Nei riguardi della coesistenza delle due gestazioni intra ed extrauterina, in base a molte narrazioni, risulterebbe che i due concepimenti possono aver luogo a grandi distanze fra loro. Gli studii però fatti sulle ovaie di donne gestanti non appoggerebbero una tale credenza. Anche il professor Cuzzi di Pavia in una sua ultima memoria sull'argomento conchiuderebbe che durante la gravidanza l'ovulazione non solo si sospende, ma avverrebbe nel parenchima della ghiandola un processo involutivo di tutti i follicoli in via di formazione. Che però di due uova ambedue fecondate, provenienti o da uno stesso follicolo, o da due follicoli giunti a maturazione nello stesso periodo, l'uno s'annidi nell'utero e l'altro fuori di esso e si svolgono entrambi, è un fatto contro cui non si può elevare obbiezioni di sorta. Il terreno però è sempre difficile per gli esatti controlli e solo il materiale anatomo-patologico che ha chiarito già molti fatti, sarà quello che sanzionerà o distruggerà le ipotesi che il Clinico ha diritto di porre.

La donna sia che porti il frutto del concepimento nell'utero o fuori dell'utero, nel maggior numero di casi, specialmente se pluripara, in queste la gravidanza extrauterina è più comune, si sentirà gravida sempre nello stesso modo. Tolto l'esame diretto, non sempre facile specialmente nel primo periodo, mancherà a noi un qualsiasi segno differenziale. Nei grossi trattati si fa uno sfoggio di sintomi desunti dai casi pratici, ma sono in gran parte puramente individuali. Le irregolarità mestruali, l'espulsione di una decidua, il più o meno di siero nelle mammelle, la pigmentazione più o meno marcata sono cose tutte che vogliono essere apprezzate, mentre tuttavia il diagnostico riposa molto sull'*anamnesi*, che, in questi casi anche per quelle donne che sanno meno render conto di sè, può essere abbastanza esplicita, poichè le donne tutte dell'essere o non esser gravide ne fanno sempre grande questione che dibattono fra loro, e davanti una delusione dopo lunga aspettativa non mancheranno di ritornare sopra a quei mesi in cui tutto le faceva creder incinte; e in secondo luogo *sull'esame diretto* per quanto riesce fattibile. A tale conclusione venni dalle interrogazioni e dagli esami dei soggetti che albergavano da tempo più o meno lungo un litopedio nel loro ventre.

In uno di questi casi, in cui la gravidanza extrauterina avea avuto luogo 10 anni prima e da un paio di anni erano cessate le regole, la donna dopo una esposizione assai chiara dei fatti, aggiunse che appunto da circa 9 anni e mezzo soffriva all'ano e alla vescica e che per questo solo incomodo reclamava un soccorso; il suo litopedio l'avea nel Douglas. Se il primo periodo della gravidanza ectopica è, si può dir, muto, successivamente presenta delle varietà e il suo decorso si lega in parte alla sua forma.

Tutte le circostanze di sede favorevoli all'evoluzione dell'uovo sono fino a un certo punto favorevoli alle esistenze che si trovano in giuoco, poichè sarà facile ad attento esame di riconoscerne i termini e provvedervi convenientemente. Se invece avviene la precoce rottura del sacco nel maggior numero dei casi, in un tempo più o meno breve, da un'ora a più giorni, sia per anemia acutissima o per peritonite, l'esito è d'ordinario fatale. Abbiamo notato che alle precoci rotture sono predisposte le forme interstiziali.

Un gran numero di uova fecondate per le circostanze sfavorevoli alla loro evoluzione o moriranno tosto o saranno riassorbite più tardi, senza lasciar traccie o almeno tali che dalle nostre ricerche possano venir riconosciute.

Egli è certo che, se molti concepimenti e normali insediamenti del frutto concepito, vanno ad esito nel primo periodo, così che le donne, da qualche mese amennoroiche, al vedere ricomparire i mestrui un po' abbondanti, non pensano nemmeno di aver superato

un aborto; tanto più facilmente in una sede anomala potrà l'uovicino fecondato, o subito, o poco dopo disperdersi.

Inoltre l'uovo e i suoi inviluppi potranno subire delle modificazioni per le quali la gestazione degenera, come ce lo attesta il caso del Blasius, che trovò in una tromba una mola; e in un altro caso un'ematoma o le modificazioni ulteriori che ad una raccolta sanguigna possono tener dietro. Se l'intristire dell'uovo o per apoplessia placentale o per malattia del corion, avviene a feto ben sviluppato questo o andrà incontro alle regressioni, alla *Kirronosi* del Virchow, oppure per ragioni che non sono del tutto chiare si mummificherà conservandosi mirabilmente. I litopedi di varia grandezza possono rimanere, senza conseguenze per chi le porta, decine di anni. Un litopedio illustrato dall'Anatomo-patologo di Praga H. Chiari nel tempo che si trovava a Vienna al Rŭdolf-spital, nel 1876, si riferiva ad una gravidanza uterina decorsa cinquanta anni prima.

Egli è certo che le flogosi che avvengono allo esterno dell'uovo possono per propagazione di processo, estendersi a tutto l'uovo e il prodotto macerato venir espulso attraverso gli organi cavi, nei quali si avesse aperto una breccia; e a questo procedere devono il loro nome certe gravidanze così dette vescicali.

Egli è certo altresì che il rammollimento del segmento anteriore dell'utero, il pulsare vivace dei fornici, il coloramento intenso dell'introito, saranno segni di gravidanza, che nella extrauterina potranno figurare più o meno a seconda del luogo dove l'uovo si è annidato; nella forma interstiziale uterina, intra murale, interstiziale tubaria, l'utero si modificherà assai più di quello che non avvenga nella tubo-addominale; e la spiegazione è assai chiara.

Se si trattasse di sincerarsi sopra una condizione che ci facesse sospettare una gravidanza ectopica, noi potremo con tutte le cautele ricorrere alla sondatura dell'utero. Avendo però presenti quei casi in cui la sonda in mani abilissime passò oltre il parete uterino, da far credere in chi la teneva di avere infilata la tromba, (come è facile incontrare nei vizi di conformazione uterina, arresto di sviluppo di una metà), mentre il bottone si fece avvertire al bellico, al di sotto delle pareti in modo da togliere ogni dubbio sul fatto avvenuto. Perforazioni di questo genere senza potersene spiegare il come se ne constatarono al tavolo di sezione.

In un caso da me osservato il forellino a valvola era proprio in prossimità dell'ostio uterino della tromba.

Nei riguardi della diagnosi degli esiti di una gravidanza extrauterina è assolutamente necessario che ai risultati dell'esame diretto armonizzi la anamnesi. Se si tratta di un litopedio fissatosi ai lati dell'utero o nello scavo, spesso al palpamento si ottengono

dei dati assai chiari, poichè quelle sporgenze, quegli angoli irregolarissimi, quella resistenza ossea opposta alla mano esploratrice, sono più che sufficienti a farci pensare ad un esito di gestazione ectopica; e la sicurezza si farà completa, se senza restrizioni la donna ci narrerà di un lungo periodo di gravidanza, di cui attese invano la fine; la nessuna sofferenza del primo periodo, i tenesmi, le forme infiammatorie e le possibili forme nervose a cui essa andò incontro. Sugli altri esiti possibili, Ematosalpingo, grosse buccie di cicatrici, aderenze, spostamenti di organi, etc., non possiamo che permetterci troppo facili ipotesi.

Davanti a quadri così varii della tabella nosologica offertaci dalla gravidanza extrauterina, anche se avremo concretato la diagnosi di natura del male, non potremo che emettere un dato approssimativo circa la forma e non sempre. Formulato il pronostico assai riservato dovremo imporci una sorveglianza accurata.

Lawson Tait, fatta la diagnosi di gravidanza extrauterina, dice: operiamo e presto senza attendere una sintomatologia minacciosa; e operiamo sempre anche trovandoci improvvisamente davanti a questa, poichè non possiamo sperare un'altra via di salvezza. In queste ultime evenienze, data la possibilità dell'intervento siamo con lui, ma non in quei casi, in cui possiamo impiegare altri mezzi innocenti e sperare eziandio in un esito spontaneo favorevole. Il Tait ha a difesa della propria opinione, i risultati splendidissimi di centinaia di laparatomie, mentre il numero maggiore dei medici, dei chirurghi ed anche dei ginecologhi nel maggior numero dei casi, sia nel consigliare come nel fare non devono seguire l'indicazione assoluta, ma quella relativamente più opportuna.

Stabilito che abbiamo l'esistenza di un sacco fuori dall'utero in cui si svolga un uovo, potremo tentarne l'arresto coll'elettricità situando il catode sul tumore; oppure iniettare i narcotici in dose sufficiente per agire sul feto senza danno alla madre.

La puntura e vuotamento del sacco per la via vaginale, per quanto sia stata usata e con vantaggio, io non la vorrei mai consigliata, poichè non è possibile mai a priori misurarne le conseguenze.

Ematocele retrouterino. — Toccando degli esiti della gravidanza extrauterina non si fece parola dell'Ematocele pelvico. Di questa affezione della pelvi, la quale per le sue fonti molteplici, oramai anatomo-patologicamente dimostrate, si è di gran lunga allontanata dal concetto e dalla descrizione a noi data nel 1850 dal Nelaton, converrebbe pertrattarne come di una forma morbosa, la cui patogenesi assai complessa è legata agli organi tutti della pelvi e ai loro apparecchi di rivestimento e fissazione. In tutti si possono avere

quelle condizioni, per le quali dietro una causa occasionale o senza il suo intervento, dieno uno spandimento sanguigno.

Inoltre noi dobbiamo eziandio registrare una forma di Ematocele legato alle forme discrasiche, infettive, — Purpura — Scarlattina — Itterizia grave — Variola — Morbillo — Tifo — d'onde il nome dato da Trouseau di Ematocele cachettico. L'Ematocele la prima volta che fu elevato ad entità nosologica non figurava che come una deviazione del periodo mestruale-Nelaton. — Successivamente lo si voleva sempre considerare come l'espressione di gravidanza extrauterina — Gallard. — Coll'ingrossare del materiale anatomo-patologico esso è divenuto un sintomo comune a molte affezioni per etiologia differenti fra loro e la cui patogenesi non è punto legata nè ad una funzione nè ad una eterotopia, ma al semplice fatto emorragico che può, bene inteso, accompagnare l'una e l'altra. La rarità dei decessi per questa forma morbosa rese, per un lungo periodo, scarsissimo il materiale patologico, per cui prevalsero le nozioni incomplete e i concetti autoritari.

Le fonti dell'ematocele pelvico possono essere le ovaje, le trombe, l'utero, i legamenti larghi, l'uovo fecondato inseritosi fuori dell'utero ed il peritoneo.

Il decorso dell'Ematocele pelvico sarà subordinato al momento etiologico e alla fonte emorragica; così che noi, a concretarne il concetto dovressimo differenziare le differenti forme di ematocele col nome, oltre il cacchetico di Trousseau, di apopletico, meccanico, flogistico; oppure di ovarico, tubario, uterino peritoneale, ecc., nomi però che solo possono figurare in un reperto necroscopico.

Eccepiti i casi di emorragia letale, il sangue nella pelvi si può stravasare o lentamente o rapidamente o a riprese e dare raccolte assai piccole o enormi. — Io non voglio tracciare la sintomatologia dell'ematocele che si confonde con tutte le forme addominali, sia che l'ematocele ne sia la determinante, sia che non rappresenti che un fatto secondario, come nella forma che il Bandl, a riscontro della pachimeningite emorragica, chiama pachiperitonite emorragica; solo desidero, prima di farmene un anello per passare alle emorragie dei legamenti larghi, accentuare che, se si legge in quasi tutti i trattati la proposizione: che l'ematocele è una raccolta sanguigna che all'esplorazione si rivela *come un tumore mediano...* ciò non è punto vero. In quei casi in cui si può ben delimitare, la raccolta la si troverà in quasi tutti extramediana e precisamente a destra; se poi si pensa che rare volte lo spazio del Douglas è integro, che qualche briglia o aderenza o retrazione la si scopre quasi sempre al tavolo di sezione, si troverà ben più razionale, il lasciare indeterminato il riscontro digitale, di quello che darne una fotografia che spesso non corrisponde.

Una condizione patologica che nel legamento largo può dare tanto l'ematocele pelvico, quanto l'ematoma nelle maglie connettivali è il varicocele, la flebectasia. Il Winkel nell'autopsia di una donna di 45 anni, morta per cancro del fegato, che presentava anche un mioma intramurale dell'utero della grandezza di una mela, riscontrò nella superficie anteriore del legamento largo di destra, subito al di sotto del legamento rotondo, un tumoretto giallastro costituito da una massa densa della grandezza di una noce, e alla faccia posteriore del legamento, in prossimità dell'ovaja, un altro piccolo nodo, della grandezza pure di una noce, con vene molto sviluppate e in parte trombotiche, delle quali una sembrava corrosa, come se da poco tempo in essa avesse avuto luogo una perforazione. Nello spazio del Douglas il peritoneo era ispessito, macchiettato e a nodi. In un altro caso in soggetto di 61 anno, morto di tubercolosi, assieme ad una retroflessione uterina, ad una cisti della grandezza di una noce all'ovajo sinistro, trovò nel legamento largo un tumore cavernoso della grandezza di un uovo di gallina.

Il Winkel distingue il varicocele superiore fra la tromba e l'ovaja, e l'inferiore al di sotto dell'ovaja. In seguito, a stimolo, a trauma, a processo degenerativo, si rompe un vaso verso l'addome e si determina l'ematocele pelvico, o verso il connettivo e gli strati muscolosi sotto sierosi, ed avremo l'ematoma del legamento largo.

L'ematocele pelvico lascia a suo residuo aderenze, cicatrici, ispessimenti, tasche o accartocciamenti della sierosa che guadagna d'ordinario un aspetto ardesiaco per infiltrazione pigmentale. — Se il sangue non si riassorbe ma si altera, succeduta dopo la raccolta sanguigna la peritonite adesiva che la riduce a sacca, i coaguli si rammolliranno, si formerà del pus, che o si condenserà o si aprirà una via nel ventre o all'esterno colle relative sequele.

L'emorragia avvenuta nel legamento largo può essere piccola, ed allora, come l'ematocele di pochi grammi può passare inosservata. Se si tratta invece di un ematoma cospicuo, possiede delle note del tutto speciali e con esiti differenti. La sede della raccolta fornisce la spiega perchè di questa forma tratteremo un poco in disteso. Io pubblicai nella *Rivista Clinica* di Bologna nel 1882, un riassunto della monografia del Martin su questo argomento. In essa l'autore, appoggiato a sei casi raccolti nella letteratura, e a dieci di propria spettanza, tutti accuratamente descritti, traccia le note cliniche dell'ematoma extraperitoneale e ne fa un quadro di malattia a sè.

All'infuori del puerperio, gli stravasi nel legamento largo e nel connettivo pelvico avvengono all'improvviso. D'ordinario nel principio non sono considerevoli, ma possono divenir tali per il ripe-

tersi o continuare dell'emorragia fino a distendere completamente il legamento largo, occupare il fondo del bacino, nonchè spingersi fra le maglie del congiuntivo lasso verso l'avanti, alla vulva, o verso l'indietro nella regione retroperitoneale. In base ad osservazioni, è fuori di dubbio che l'ematoma colpisca soggetti entrati nella menopausa, d'ordinario organismi disfatti. Le pluripare danno il numero maggiore fra le colpite, senza che per questo esista rapporto diretto fra l'ultimo parto e il determinarsi dell'ematoma.

Un trauma qualsiasi, colpo, caduta, coito violento, specialmente durante il periodo mestruale, ne sarebbero le cause.

La ricca rete vascolare costituita dalla uterina e dalla spermatica, sia fra la duplicatura del legamento largo o sul diaframma pelvico, nel periodo mestruale, nella gravidanza, nelle forme flogistiche si inturgidisce considerevolmente, e il dito esploratore, per quanto arriva, avverte una pulsazione vivacissima. I parti, le involuzioni puerperali, le degenerazioni vascolari possono considerarsi come cause predisponenti della lacerazione dei vasi, ai quali manca un appoggio resistente. Può darsi che ad un piccolo stravaso il coagulo che si forma, serva come da tampone; ma se l'emorragia si fa strada, disteso il legamento, può sollevare la sierosa dell'utero, circondarne la cervice, passare dall'altro lato; sollevata la sierosa pelvica, invadere la fossa iliaca e anteriormente far pressione sui fornici, specialmente sul posteriore.

Il sangue si coagula rapidamente e ai coaguli si può commescere nuovo sangue.

Al riassorbimento, dato che tutto proceda senza complicazioni, occorrono da due a tre mesi; alcune volte nelle prime due settimane la immensa raccolta si apre una breccia all'interno o all'esterno; il riassorbimento si può arrestare e durare lunghi e lunghi mesi.

Nella vasta tasca dell'ematoma si riscontrano le traccie delle violenze a cui dovette cedere il connettivo lasso, le imbibizioni ematiche, gli edemi e le trombosi, che qui trovarono l'origine loro per la turbata circolazione e le pressioni avvenute. In seguito alla rottura del sacco allo esterno o allo interno, ne seguono gli esiti letali per anemia acuta, per peritonite acutissima o per suppurazioni esaurienti.

La presenza dello stravaso nel connettivo può determinare altri fatti emorragici nei dintorni, nei folliculi dell'ovaja, nell'endometrio. — Se la mestruazione in corso fu al momento dello stravaso sospesa, riapparisce ordinariamente molto copiosa in seconda giornata, però non tanto come mestruazione, ma come emorragia meccanica.

All' improvviso determinarsi dell' ematoma connettivale, noi avremo tutti i sintomi dati dalle gravi emorragie interne; alle lipotimie terranno dietro dolori colici, strangurie, tenesmi dolorosissimi, sia dal lato del retto, come della vescica, prevalentemente a carico di questa. Al momento, il sangue evaso si palperà come una enorme cisti elastica e fluttuante; successivamente e per nuove occupazioni e per il coagularsi del sangue, l'esame sarà differente. A seconda della estensione, della rapidità, gli organi dovranno obbedire alle pressioni o verranno variamente spostati.

Confrontata tale affezione colle enormi essudazioni del parametrio, tolta la febbre con cui la parametrite sempre ingruisce, troviamo una somiglianza quasi completa; solo l'anemia acuta che può rapidamente uccidere l'ammalata, poichè l'emorragia può continuarsi fino alla sua fine, è un importante carattere differenziale. Questo può, senza il fatto della febbre la quale non dura a lungo, distinguere da solo, se si tratti dell'una o dell'altra forma.

Negli esiti, le due forme possono addirittura confondersi. — Se l'assorbimento si arresta nei casi di ematoma, noi potremo palpare il tumore sanguigno ridotto a masse resistenti della durezza dell'osso, a superficie irregolare, spesso distintamente delineato; nè più, nè meno come nei casi di parametrite può restare la massa di essudato per lunghissimo tempo. Il Martin afferma che simili condizioni anatomiche dell' ematoma possono durare immutate per degli anni.

A seconda dello stadio, della estensione dello stravaso la diagnosi presenterà delle note diverse. L'assenza di febbre e il determinarsi improvviso; il riscontro dello spazio del Douglas del tutto libero, ed il tumore elastico che prima non vi era, a uno o ad ambi i lati dell'utero e i fenomeni di anemia acuta che s'accompagnarono, di più, l'anamnesi, quando su essa si possa far assegnamento, danno appoggio al diagnostico nel primo periodo. Stabilito il trauma di qualsiasi genere, e la ricorrenza mestruale, noi potremo dal contegno delle precedenti ricorrenze mestruali, avere un altro dato importante per differenziare l'ematocele pelvico dall'ematoma. L'ematocele pelvico è quasi sempre preceduto, due o tre mesi prima, da turbe durante la purga mensile.

Le difficoltà per la diagnosi crescono se l'ematoma passò inosservato nei primi momenti e andò formandosi lentamente, a riprese; il riscontro se potrà ammettere una forma, non darà alcun diritto di escluderne delle altre del tutto differenti. La possibilità della diagnosi resta a discrezione della probabilità, e spesso la risolve la cura o le modificazioni spontanee che seguiranno.

Nel momento iniziale del fatto emorragico, uno dei modi per stabilire se la raccolta è endoperitoneale o extraperitoneale è quello di far cangiar di posizione all'ammalato; questo accorgimento potrà giovare anche alquanto tempo dopo avvenuto lo spandimento, poichè il sangue nel peritoneo può mantenersi liquido per un certo tempo, mentre più rapida ne è la coagulazione nel connettivo, quasichè le maglie di connettivo distese e stracciate agiscano come il mazzetto di vimini del fisiologo.

Nelle forme endo ed extraperitoneali l'addolorabilità si comporta in modo differente. Mentre nell'ematocele cresce di intensità e si diffonde, nell'ematoma va a cedere, rendendo sempre più marcata la differenza dei due processi.

Di caratteristico dell'ematoma di fronte alla parametrite abbiamo il momento anemico, sul quale però, nell'ematoma che si forma a riprese, non si può far troppo a fidanza; di caratteristico della parametrite di fronte all'ematoma resta sempre la febbre, spesso violenta, accompagnata con brivido e che si riaccende solo al formarsi di nuovo essudato.

Tutte le forme acute che affliggono il peritoneo pelvico, parziali e generali sono fonti di sofferenze incessanti, di dolori locali e diffusi, sono contrassegnati dalle facili riaccensioni ai menomi stimoli, con febbre che può anche non esser accompagnata da brivido, a tipo irregolare. Nell'ematoma non abbiamo la febbre iniziale, tolto il dolore locale al momento dello stravaso, questo va cedendo e prendono posto quelle condizioni meccaniche che, come negli essudati parametritici, così nell'ematoma turbano le funzionalità del retto, della vescica, determinano edemi fugaci, ecc.

Ma di fronte ad un ematoma del legamento largo colpito da arresto nel processo di riassorbimento, senza che ci illumini il momento iniziale o sia possibile un lavoro di esclusione, sempre assai difficile, noi resteremo incerti e nel rappresentarci la probabilità di una diagnosi, dovremo pure accordarla alle forme tubarie, doppiamente da considerarsi nei casi di ematoma bilaterale, ai miomi sottosierosi, ai tumori del legamento e intralegamentari. Solo lo scrupoloso tesoreggiare di tutti i particolari, sia storici, sia di riscontro può servirci di guida. Però, siccome i residui dell'ematoma come quelli della parametrite sono passibili di una terapia efficacissima e che questa non ha punto un'indicazione circoscritta, noi potremo attendere da lei, senza che ne soffra la paziente, un responso definitivo.

Il pronostico dell'ematoma del legamento largo sarà grave quando per l'aumentare della tensione minacci di rompersi; in questo caso, sia coll'incisione vaginale, sia colla laparatomia, per la quale si

pronuncia il Martin, si potrà prevenire la perforazione e provvedere contro la fonte emorragica. Nei riassorbimenti spontanei la prognosi sarà ottima. Nelle aperture spontanee la renderà tale, dato che sosti l'emorragia, un conveniente trattamento antisettico. Nelle avviate risoluzioni sarà bene di assicurarcela colle misure precauzionali che tolgono le complicazioni possibili. Negli arresti del processo risolutivo, dovremo risvegliarlo e guidarlo fino ad una possibile *restitutio ad integrum.*

Echinococco della Pelvi. — Un egregio collega nel tempo della nostra pratica spedaliera, da una incisione fatta sopra una tumefazione flogistica alla regione glutea, non ricordo di qual lato, vide con sua sorpresa uscirne una quantità di cisti idatidee, la cui madrecisti si era infiammata e si era procacciata un'uscita dalla grande incisura. In un'adunanza di medicina a cui assistevo a Berlino, venne riferito il caso di un paziente che dopo lunghe sofferenze lombari, emise un bel giorno dall'uretra una quantità strabocchevole di cisti idatidee e si trovò sollevato dalle sue pene; il caso non era comune, e ne diedi relazione in allora alla *Gazzetta degli Ospitali.* Successivamente non mi mancò occasione di osservare il parassita in quasi tutte le parti del corpo, perfino nei muscoli del braccio dal Roser. Però sull'Echinococco quale ospite della pelvi e sul suo contegno nel bacino ne scrisse con ricca casuistica solo il Freünd nella sua monografia sul connettivo pelvico, ecc.

Il dott. J. Villard de Guéret, pubblicò nel 1878 negli *Annali di Ginecologia* una piccola memoria intitolata: « Considerazioni cliniche sulle cisti idatidee del piccolo bacino ». La letteratura da lui compulsata è: una memoria di M. Charcot, pubblicata nel *Bollettino della Società di Biologia;* il libro sugli entozoi di M. Davaisne e le note di M. Mauriac all'opera del West, sulle malattie delle donne. Aggiunge un'osservazione propria, nella quale dalla storia e dall'esame della malata era venuto alla diagnosi di Ematocele retrouterino. Il creduto ematocele si aperse spontaneamente al fornice posteriore ed emise gran copia di sangue e di cisti idatidee della grandezza media di un'avelana. — Poco dopo la donna soccombette.

Nei riguardi della sede del parassita, divenuto ospite della pelvi, il Villard registra il cellulare retroperitoneale - Obre e Charchot - le ovaie - Basset-Dubois-Boivin. Il parassita non rispetta punto l'infanzia poichè in un caso di una bambina di due anni si trovò in un'ovaja un' idatide.

La sintomatologia iniziale è d'ordinario nulla; nell'evoluzione ulteriore spiccano i momenti meccanici dalle semplici turbe fun-

zionali dei vari organi a quegli minacciasi dell' incarceramento pelvico.

Nel capo di Leudet i reni erano idronefrotici;

Nel caso di Berne la cisti idatidea adesa comunicava con una delle trombe dilatate.

In quanto al numero delle cisti, risulterebbe dei casi noti che può esser unica, ma il più delle volte sono molte, sparse al fegato all'omento, etc.

La mestruazione si mostrò con dolori, irregolare oppure fu sospesa, ma tutto sommato non offre nulla di caratteristico.

Il Villard concede la massima importanza all' esame vaginale e bimanuale e tiene la diagnosi per certa, quando si avverta il fremito idatideo.

A seconda della sede dell'idatide, succederanno presto o tardi fenomeni irritativi, flogistici, diffusi, con tendenza ad aprirsi una via allo esterno; e, dai casi riportati dal Villard, con prognosi quasi sempre sfavorevole.

Il Villard appoggiandosi agli errori diagnostici noti, rimarca come allo scoppiare di una sintomatologia pelvica per la morte di una cisti idatidea, la diagnosi di ematocele extrauterino s'impone e solo davanti alla perforazione spontanea ed emissione delle piccole cisti, si rettifica.

Il Freünd ricordando la memoria del Villard e accennando che la povertà letteraria su tal soggetto deve addebitarsi alla circoscrizione geografica della malattia, raccoglie la casuistica della sua pratica in Slesia ricca di 18 fattispecie, ai quali aggiunge una nuova osservazione fatta a Strasburgo nella quale il parassita avea infestato il piccolo e il grande bacino. In otto dei suoi casi la diagnosi fu stabilita o confermata dalla punzione e dall' atto operativo; gli altri dieci ebbero il loro completamento nel reperto necroscopico. A priori le note statistiche sono poco consolanti. Nei riguardi della sede in due casi si aveva la regione ipogastrica; in uno forse originariamente del grande omento.

In un altro caso dal grande omento il parassita avea presa stanza in una cisti dell'ovaja che si era rotta.

In un terzo caso s'indovava in una milza migrante; sette volte avea stanza nel connettivo pelvico.

Una volta nel mesenterio dell'intestino tenue.

Due volte ebbe ad osservarlo nelle ossa del bacino.

Ecco i quesiti a cui si propose di rispondere il Freünd, appoggiato ai suoi casi accuratamente descritti ed illustrati in uno splendido atlante annesso alla sua pubblicazione dei contributi di Clinica Ginecologica. (Strasburgo 1885).

1° Quale tessuto od organo del bacino è sede di elezione dell'echinococco per deporvi i suoi germi.

2° Quali sono le vie di diffusione dal punto prescelto al resto del bacino.

3° Quale è il contegno degli organi del bacino nei riguardi di sede e di struttura nei diversi stadi di evoluzione del parassita.

4° Quali sono gli esiti del parassita lasciato a sè stesso.

5° Quali sono i termini sicuri per la diagnosi.

6° Quale la terapia da prescegliersi.

L'echinococco arriva al bacino in forma di germe oppure l'idatide già sviluppata emigra dagli organi superiori del ventre.

La comparsa primaria del parassita nel bacino si osserva nel connettivo pelvico e specialmente nel segmento suo posteriore; poi, in prossimità alle intestina, alle ossa e per ultimo nelle altre parti. Non risulta nella casuistica la comparsa primaria del parassita nell'ovaja.

La forma sotto cui si presenta l'echinococco del bacino è quello della madre cisti riccamente fornita di cisti endogene ed esogene; mai si osservò l'echinococco moltiloculare, l'alveolare del Virchow, negli organi del bacino muliebre. L'etiologia del male è legata alla grande famigliarità coi cani, che esiste in certi paesi. La diffusione per la via intestinale non è concordemente accettata. Bŭhl ritiene per via di diffusione il duodeno e di qui per il coledoco e i vasi linfatici alla porta ed al fegato; di rado ammette la via del condotto toracico al cuore destro, dal destro al polmone, dal polmone al sinistro, donde ai punti lontani dell'organismo.

Il parassita nel bacino segue le vie che l'autore ha segnato nel fare la topografia del connettivo della pelvi; riesce dal paraproctio, al connettivo laterale, al parametrio, all'utero, al paracistio, e per la via sottoperitoneale alla fossa iliaca; abbandona il bacino dall'incisura ischiatica; dalla lacuna *vasorum* - *muscolorum* sotto l'arco del Pupurzio; verso l'alto arriva al peritoneo parietale della parete dello addome; verso il basso domina e si allarga nel fondo del bacino, quasi fino ad appoggiarsi sul perineo.

Qui, il Freŭnd fa rimarcare, che per la diagnosi differenziale con altre forme, si deve tener presente che il parassita dal connettivo pelvico, con una frequenza che colpisce, si caccia sotto il rivestimento sieroso fra la cervice e il *laqueor vagine posterius* ed il retto. Qui, non si indovano che quasi esclusivamente i fibroidi retrocervicali sottosierosi, dei quali l'echinococco si può agevolmente distinguere.

Il connettivo con cui trovasi in contatto il parassita va incontro ad una infiammazione cronica; i vasi vi sono molto sviluppati; il

peritoneo pelvico vi è sempre ispessito e di frequente con fitti concrescimenti.

Gli organi del bacino sono in varie guise spostati, stirati, allungati, appiattiti, compressi, assottigliati.

In una delle illustrazioni, l'utero compreso fra due grosse cisti di echinococco ha la sua cervice lateralmente corrosa.

Gli organi subiscono le influenze del parassita dalla semplice compressione alla distrofia.

Morto il parassita, le cisti madre e figlie diventano sterili, il contenuto s'intorbida, diviene purulento e per propagazioni di processo flogistico si apparecchia, o per gli organi cavi del bacino, o attraverso le pareti addominali, la perforazione e la fuoruscita di tutto il materiale, assieme a stralci di membrane e di connettivo. È notevole che in tutti i casi noti, il peritoneo pelvico si riscontrò sempre ispessito e mai perforato, mentre dal mesenterio e dall'omento il parassito indovato nel tessuto sottosieroso, si aprì una breccia nella cavità addominale.

Tutti i casi noti depongono per la nessuna influenza, che per lunghi anni può avere la presenza del parassita sulle condizioni generali del soggetto.

Nel primo periodo della malattia, la diagnosi di echinococco del bacino si appoggerà alla presenza multipla di corpi lisci, rotondi, elastici nel segmento posteriore del bacino, in prossimità dell'intestino retto; si riscontreranno stretti alla parete, poco spostabili, in nessun legame con utero ed annessi; accanto ad essi devono essersi riconosciute le ovaje.

Col crescere del parassita, si sposteranno obliquamente verso l'avanti e contemporaneamente verso l'insù gli organi del bacino come si osserva nei tumori intralegamentari.

Un carattere importante che lo differenzia dai tumori intralegamentari sta nella circostanza che la cervice si trova affondata in un vallo costituito da un segmento del parassita come un cuscino ad aria che spinga la cervice allo avanti ma che per la sua espansibilità la sorpassi. Il parassita in confronto dei tumori intralegamentari determina turbe in un tempo ben più lontano, quando ha già raggiunto un volume considerevole.

Le turbe mestruali non avrebbero, nemmeno per il Freund, nulla di caratteristico.

Il segno diretto caratteristico dell'idatide è il fremito, che non è dato da rilevar sempre, specie quando la prima sede del parassita è profonda. La diagnosi la fa in certi casi o l'uscita spontanea dell'echinococco nelle condizioni sopraesposte o la puntura d'assaggio.

Tutti gli operatori concordi opinano che la terapia più sicura sta nella spaccatura ampia e nel vuotamento del contenuto.

Forme infiammatorie. — Le forme flogistiche della pelvi, le quali lasciano dei residui tali, che a processo estinto possono nei riguardi della diagnosi venir discussi con altre affezioni, sono le forme infettive, dalle quali gli organi, la loro atmosfera connettivale e i rivestimenti sierosi, a seconda della maggiore o minore estensione del processo, a seconda dell'intensità e della qualità dell'infezione possono venirne più o meno colpiti.

Le denominazioni di forme *a frigore*, di febbri traumatiche, da mettersi assieme con quelle funzionali, la febbre così detta lattea, la febbre mestruale, le forme diarroiche di dentizione dei bambini, che ancora fanno agio nella terminologia medica, sono l'espressione di due verità. La prima, che nella ricerca dei germi morbigeni siamo ancora ai primi passi, passi sicuri nei riguardi dell'indirizzo e delle conquiste che possiamo dire già sanzionate, ma che sono ancor pochi; la seconda, che il sistema nervoso giuoca una parte importantissima e che rappresenta di fronte l'azione morbifica di questi agenti, la nostra resistenza, resistenza che avrà per metro e misura le condizioni sue.

Però contro certe infezioni non vi ha resistenza che valga; contro altre invece sembra proprio dovuta al sistema nervoso la vittoria; l'organismo sorvive, sebbene esaurito dopo una lotta violenta, e la sua resistenza la deve ai suoi centri. Inoltre la nostra attenzione venne ultimamente richiamata sopra una nuova entità nosologica, per la quale possono avvenire in un organismo delle alterazioni patologiche gravissime; nel ventre di una donna si possono avere le medesime condizioni che si accompagnano ad una forma perniciosa peritonitica, senza che per questo l'organismo se ne mostri in tutti i casi, gran fatto turbato.

I casi di avvelenamento rapidissimo senza che si trovano, si può dir traccie di alterazioni materiali degne di nota e solo il batteriologo nei suoi intraprendimenti, appena vivificati da un alito produttivo, vi scopre nei vani vascolari dei tessuti presi in disamina, le colonie di microrganismi, sono dati dalle sepsi acutissime, fino a jeri troppo comuni fra le puerpuere e fra le operate.

È doloroso al tavolo di sezione di non veder niente, ma sotto quel niente sta nascosto senz'altro l'angelo della morte.

I casi in cui la peritonite pelvica, la pelvicellidite accompagnata da febbri altissime, essudazioni copiose, raccolte purulenti saccate, concrescimenti di organi, pseudo-tumori resistenti, irregolari, dove si trovano compresi gli organi della pelvi, le trombe, le ovaje, le intestina, ecc., fra masse di essudati, ispessimenti sierosi e neo membrane, sono pure dovuti ad infezione, a cui l'organismo è sorvissuto ma portandone le conseguenze, le quali in un tempo più

lontano potranno essere male apprezzate. Il puerperio, gli atti operativi nella sfera genitale, ecc., avranno aperta la via all'agente infettivo. Tuttavia i residui di forme infiammatorie parziali e diffuse, specifiche o d'infezioni comuni, qualora queste non sieno scoppiate, quando già esistevano sul luogo altri fatti morbosi, neoplasie, esiti di grav. estr., parassiti, ecc., hanno delle note speciali, per le quali all'esame non sarà difficile rifabbricarne la storia, della quale rappresentano l'ultimo capitolo.

Prima però di raccoglierle e chiudere con esse questa rivista sulle differenti forme morbose della pelvi, dedichiamo qualche linea ad una comunicazione dello Schröder, l'illustre ginecologo di Berlino, sopra la peritonite diffusa non infettiva, legata alla presenza dei tumori del ventre, la quale sarebbe appunto la nuova entità nosologica di cui prima tenni parola.

Non vi ha chirurgo che non conti perdite che gli riuscirono dolorosissime, non solo dal lato umanitario, ma nei riguardi della scienza e dell'arte. A tutto si aveva pensato, provveduto, tutto parea far garanzia di successo, eppure le migliori speranze rimasero deluse; del perchè, del come e del quando se se ne occupa per trovare un compenso morale alla sconfitta. Come non vi ha pratico cui non sia toccato, specialmente nel campo chirurgico, che ad una prognosi di rassegnazione, sia pure attraverso fenomenologie assai gravi, con alterazioni e residui cospicui sia seguito il ripristinarsi del paziente in buona salute. È ben raro che, questi fatti, che si possono ripetere a distanza di tempo e di luoghi, spesse volte illustrati con dei perchè di cui son piene le tasche delle donnicciuole, riescano a qualche cosa di più dall'aver accresciuto, e non sempre, la individuale esperienza. Ma raccoglierli e coordinarli, riducendoli ad utile nozione alla portata di tutti i medici è possibile solo a chi, oltrechè essere osservatore valente e pensatore profondo, ha a sua disposizione ricchezza di materiale e mezzi a dovizia per bene utilizzarlo.

Uno di questi è lo Schröder, a cui la scienza e specialmente la ginecologia deve molto. Nella seduta del 14 marzo 1886 alla Società di Ostetricia e di Ginecologia di Berlino, fece una comunicazione sopra la peritonite diffusa non infettiva. Siccome la pelvi è assai di frequente sede di tumori, e questi sotto peculiari circostanze sarebbero la causa della peritonite; di più, siccome la peritonite di questo genere potrebbe lasciare nella pelvi le stesse traccie di una peritonite della peggior specie infettiva, così torna qui opportuno farci posto e riassumere i punti salienti della comunicazione.

Vi sono dei casi, osserva lo Schröder, nei quali dopo l'ovariotomia si stabilisce un processo peritonitico diffuso senza che il generale se ne risenta, a polso normale.

Il reperto anatomico non differisce da quello della peritonite diffusa d'indole infettiva. Si riscontra cioè dalla leggera iniezione peritoneale con piccola quantità di liquido torbido ascitico, fino alla considerevole vascolarizzazione d'ambo le pagine della sierosa con una grande quantità di essudato in cui nuotano le intestina di color rosso bruno quale può darlo l'ansa incarcerata; la fibrina a fiocchi può coprire tutti gli organi del bacino e del ventre fino al fegato.

Per la etiologia della peritonite settica si hanno certe forme di microorganismi che arrivano al ventre o per la via aperta dal chirurgo, come nelle laparotomie, o per le lesioni che s'accompagnano al parto, come nelle forme puerperali, avanzando progressivamente l'agente morbigeno dal connettivo alla sierosa.

Nella peritonite diffusa benigna non si riscontrano nè microorganismi, nè loro spore.

Le circostanze per le quali si determina quest'ultima, la quale si presenta quasi esclusivamente al laparotomista, sarebbero:

1.° Rottura di cisti che può non determinare reazione alcuna, come dare la peritonite nel modo più dichiarato;

2.° Torsione di tumore ovarico;

3.° Infiammazione di tumore del ventre, per la quale non risultasse una spiega.

Il processo peritonico determinato resterebbe circoscritto al ventre, e comunque sieno le alterazioni di cui localmente fosse la causa, queste non sarebbero tali da turbare considerevolmente l'economia, la quale invece dai germi patogeni conosciuti viene rapidamente minacciata.

La patogenesi della peritonite diffusa d'indole benigna riposerebbe sul fatto, che come uno stimolo locale può dare una infiammazione locale, così uno stimolo locale il quale successivamente diffonda la sua azione a tutto il peritoneo, può dare la peritonite diffusa. Lo Schröder fa astrazione dei casi in cui lo stimolo viene dal sangue circolante, dando le infiammazioni croniche pseudo-tubercolari e pseudo-carcinomatose, le quali guariscono colla laparatomia, e delle quali l'autore possiede parecchi esemplari. Rotta una cisti, se il contenuto è irritante per la peristalsi intestinale, andrà successivamente ad irritare tutto il peritoneo e darà la peritonite diffusa benigna.

Nella torsione dei tumori ovarici la buccia del tumore ovarico si infiamma e può aderire con tutti gli organi confinanti o determinare una essudazione, la quale agirà nello stesso modo, irritando tutta la sierosa. Lo stesso processo si avrà in quei casi nei quali si infiammi un tumore senza causa nota (Trombosi? Embolie?).

Quale differenza esiste fra la forma settica e questa benigna?

Tutte le laparatomie fatte dall'autore allo scopo di tentare la guarigione di forme peritoneali settiche, non contarono un sol successo. La forma benigna dà dei risultati invece che sono di poco inferiori a quelli dati da laparotomie praticate per tumori senza la coesistenza di tale complicazione.

Le due forme non si lasciano sempre nè facilmente differenziare, potendo assumere la peritonite benigna *in toto* la fenomenologia della peritonite settica; e ciò perchè, secondo lo Schröder, i sintomi più importanti, più gravi sono dovuti ad intossicazione per Ptomaine. Le combinazioni Ptomainiche si possono avere con o senza la presenza di microorganismi nella raccolta dei tumori ovarici; quindi questi fenomeni di avvelenamento acuto per questi principii potrebbero esser comuni ad ambedue le forme di peritonite; solo nella forma benigna, superata l'azione del veleno in circolo, tutto dovrebbe esser finito, nella settica si continuerebbe l'azione del germe patogeno che la determina.

Quale sarebbe il vero ed unico termine per la diagnosi differenziale? la ricerca dei microorganismi.

Il pus più fetido di una pio-salpingo o di altra raccolta pelvica alle ricerche di germi, rispose negativamente; o non avevano mai esistito o erano andati distrutti; ciò nondimeno quel pus con tutti i caratteri della decomposizione organica poteva essere per l'organismo un potentissimo veleno.

Riepilogando, esiste una forma di peritonite con alterazioni locali gravissime pari a quelle di una peritonite perniciosa, la quale può esser guarita colla laparotomia. Il merito dello Schröder sarebbe nell'aver dato una fisonomia clinica a questa forma, nota di certo ai singoli laparotomisti e chirurghi, ma che non era definita, e di averne segnato la possibilità curativa.

Quando io lessi tale comunicazione, mi si presentarono alla mente casi di tal natura, ai quali aveo preso parte, oppure veduti nella pratica altrui, e come a me, così sarà toccato e toccherà ad altri. In allora però non sorrideva punto l'idea di una peritonite benigna, per cui davanti a tal riscontro, operatore e presenti, si può dire che rinunciavano o quasi ad ogni speranza, innocentemente diventando negligenti davanti ad una condanna in buona fede. Se le conclusioni dello Schröder sono giuste, tale forma darebbe dei risultati che si trovano, come sopra notai, poco al di sotto delle laparotomie eseguite per tumori senza simili complicazioni. Quindi in tali incontri noi dovremo mantenere la nostra fiducia ed essere anzi più guardinghi. Arroge che, quando durante l'operazione e nel periodo successivo non entri il germe che faccia scoppiare la forma settica, noi avremo da fare con un peritoneo

cronicamente infiammato e quindi meno disposto alle reazioni date dai facili trasudamenti e dai rapidi assorbimenti della sierosa normale.

Le forme acute che incolgono le pelvi sono le peritoniti pelviche e le celluliti pelviche. Le perimetriti e le parametriti rappresentano due sottospecie, però a contorno ben definito.

Le forme croniche sono subordinate alle acute; rappresentano un esito alle forme acute, alle quali offrono un terreno per delle riaccensioni intermittenti ed irregolari e si legano a processi discrasici, la tubercolosi; o a infezioni specifiche, la gonnorea (il cui periodo acuto è assai breve e rappresenta il minimum dell'affezione). Le forme acute nelle quali si comprendono le puerperali, hanno una fisonomia clinica diversa per lunghezza di decorso, per intensità di fenomeni e per esiti. Non parlando delle sepsi acutissime, sieno o no puerperali, nelle quali la pelvi può nel maggior numero dei casi rappresentare la porta di entrata, tutte le altre forme diffuse e parziali possono lasciare dei residui come possono passare a risoluzione completa, bene inteso che delle traccie ne restano sempre, poichè ad esempio una sierosa una volta infiammata perde per sempre della sua trasparenza e guadagna un aspetto particolare. Nel caso restino dei residui, concrescimenti, essudati, raccolte marciose, ascessi retroperitoneali, ecc., avremo una forma cronica, e questa o potrà trovarsi alimentata dalle riaccensioni intermittenti, oppure sotto un trattamento conveniente potrà passare ad una guarigione, però relativa. Le altre forme croniche legate alla evoluzione di processo tubercolare, gonnoroico hanno un decorso progressivo di cui abbiamo toccato nel cenno sulle malattie delle trombe.

Alle forme croniche, propriamente dette, appartengono eziandio quei processi infiammatori circoscritti, dovuti alle piccole lacerazioni vaginali, uterine, ad ulceri croniche degli organi cavi, che si diffondono più o meno profondamente nel parametrio e nel connettivo pelvico, modificandone il contesto nella parte colpita, dando origine a cordoni fibrosi, raggrinzamenti, determinando stiramenti, spostamenti e riducendo la mobilità degli organi; fatti di un'importanza pratica superlativa, ai quali si legano le leucorree continue, le forme nervose, le sterilità delle povere pazienti.

Un'altra forma clinicamente assai complessa è la parametrite cronica atrofizzante; la quale, tale quale ce la descrive il Freünd, alla cui pertrattazione rimando il lettore, oltrechè essere causa di tutte le forme nervose possibili, mi si impone come un effetto degli alterati centri nutritivi. Ebbi occasione di vederne un esemplare tipico in una signora visitata a M..., sulla quale il ginecologo avea già modificata la porzione vaginale uterina, sperando influire favo-

revolmente sulle sofferenze della paziente. A processo avanzato non si può che formulare un desiderio solo, che faccia presto a finire. In questo caso spiccava a facilissimo riscontro l'assottigliamento dei tessuti, la scomparsa di tutto l'adipe pelvico, il rilievo di sottili cordoni rappresentanti i legamenti, e la ristrettezza della vagina liscia. Da parte del retto si aveano sofferenze continue, e il dito esploratore ne rilevava la riduzione del calibro a pochi centimetri dall'orificio.

Di molte modificazioni della pelvi dovute a infiammazioni parziali o diffuse, l'esplorazione vaginale, vescicale, rettale e l'esame combinato darà notizia, in molti casi sufficiente a toglierci ogni dubbio sulla natura loro, cioè in base alle condizioni della mucosa, del tessuto sottomucoso, la resistenza opposta al dito esploratore nell'apprezzamento delle tramezze pelviche, vescico-vaginali, e rettovaginali.

In seguito ad una parametrite noi potremo avere la risoluzione completa dell'essudato ed una vera *restitutio ad integrum.* In qualche caso, dopo qualche mese di un'essudazione colossale al parametrio, con interessamento di tre quarti della pelvi, elevandosi al bellico la linea di confine dell'essudato, era difficile, senza le note relative, dire da qual parte si avea avuto la forma, per quanto delicatamente si fosse condotto l'esame. Se in luogo di risolversi completamente, l'essudato fosse in parte rimasto fra le pagine del legamento largo, si avrebbe avuto immediatamente il lavorio cronico con irradiazioni ai dintorni ed anche in quei punti dove l'essudato fosse scomparso, per consensualità il connettivo si sarebbe andato ispessendo, cosicchè al semplice esame rilevando queste modifiche intorno alla massa di essudato residuato, avremmo potuto conchiudere con molta probabilità sulla sua natura, sebbene ancora ignari delle note anamnestiche. Se in luogo d'una massa di essudato fra le pagine del legamento si indovasse una cisti lentamente cresciuta oltre la sua elasticità, sarà l'esame dei dintorni che ci farà escludere *a priori* l'esito flogistico, poichè ordinariamente, se non vi si complica altra sorvenienza, i tessuti che la circondano non vengono a soffrirne che tardi, per la prevalenza degli effetti meccanici.

Se in luogo di una parametrite, noi abbiamo ad esaminare un ventre nel quale abbia qualche tempo prima infuriato una pelviperitonite, dato che prima della malattia in quel ventre nulla vi fosse di abnorme, se il soggetto si presta all'esame, noi sopra i criteri esposti giudicheremo quella pelvi e preverremo il nostro paziente nel designare i punti più maltrattati. — Non è che io intenda che il nostro giudizio si debba fondare solo sull'esame diretto, anzi l'esame da solo in molti casi ci lascia completamente in asso, e senza

l'anamnesi raccolta con ogni cura non ci riuscirebbe di metterci sulla buona strada; ma è perchè i pazienti giudicano di solito a modo loro, e la febbre, il dolore, le tumefazioni, la fenomenologia locale e generale siamo costretti ad allinearli noi in base al nostro esame.

Il valore clinico, il decorso, il reperto delle forme pelviche sia acute sia croniche si trovano estesamente pertrattate, ed io non andrò a riprodurne i paragrafi, avendomi solamente proposto di accennarne sinteticamente; ma quello che è indispensabile al nostro scopo è lo stabilirne i caratteri di riconoscimento, specialmente nei riguardi ai residui delle forme acute, quando rapidamente non uccidono o non si risolvono completamente e delle forme croniche. I processi parziali e diffusi non passano da forma acuta alla forma cronica senza irradiare delle traccie che nel connettivo pelvico rappresenteranno i nostri fili di Arianna, servendoci di frequente come carattere differenziale.

Gli ascessi uterini più rari degli ascessi ovarici, gli ascessi ovarici più rari delle pio-salpingiti, le tasche marciose comprese fra organo e organo e neomembrane, le raccolte sottoperitoneali sono tutti esiti di infiammazioni acute o prodotti di forme croniche e come nelle affezioni croniche del canale genitale, della vescica e del retto, ulceri croniche, follicolari, tubercolari, portano all'infiammazione cronica il connettivo circostante, ne logorano le trame in un punto e lo inspessiscono in un altro, dando a noi un mezzo di orientamento prezioso, semprechè apprezzato con cura.

Le belle tavole illustrative dell'Heitzmann, delle quali è ricca la monografia del Baudl, sulle malattie delle trombe, dei legamenti, ecc., ci mostrano come in seguito ad una forma puerperale gli organi della pelvi e le intestina colte dal processo nel fondo del bacino ed ivi fissate, possono concrescere assieme, essere avvolti da neomembrane da presentare l'aspetto di un cistoma anche di rispettabile grandezza; ma mentre il pezzo anatomico ci fa pensare a quella produzione, l'esame accurato dovrà condurci direttamente alla diagnosi della forma flogistica in base a quanto abbiamo riferito, bene inteso che la presenza degli effetti dell'una, non esclude l'altra forma.

Non dimentichiamo inoltre che un trattamento risolvente bene indirizzato ha fatto con nostra sorpresa sparire dei tumori diagnosticati per tali, mentre non erano che residui di flogosi avvenute anni prima.

Il grande progresso attuale lo dobbiamo all'odierno periodo di anatomia patologica, studiata sul vivo per parte della grossa schiera dei laparotomisti, con illustrazioni di tavole riprodotte dal vero, con rapporti e rilievi fatti sul campo operativo, che come fece della

chirurgia addominale, si può dire una creazione, ha gettato e getterà sempre nuova luce benefica nella parte diagnostica domata nelle sue pretese ad occhi chiusi e corretta nel suo indirizzo dal controllo diretto.

La ricerca di una spugna, fornì occasione al Kaltemback di studiare il contegno retroperitoneale dei tumori. Il riaprire il ventre in un soggetto operato due settimane prima di forma papillare, però ancora senza traccie di trapianti, mostrò allo Schröder la possibilità che in 15 giorni la cavità addominale si riempia di masse epiteliali.

Le forme pseudo-tubercolose e pseudo-cancerose si conoscono e guariscono colla laparotomia dopo gli esperimenti eseguiti, per essersi trovati di fronte a tali forme impensatamente.

Io vidi una paziente del Breiscky, l'ostetrico di Praga, operata di cisti del parovario con aderenze estesissime a tutto il ventre, superato l'atto operativo rimettersi bene in salute; eppure nello spessore delle pareti della cisti l'istologo constatò l'esistenza di tubercoli grigi coi bacilli del Kock, e in quel ventre erano seminate delle masse caseose in copia.

Passiamo ora alla classificazione dei tumori.

Classificazione dei tumori.

Attenendoci alla suddivisione solita delle varie specie di tumori, noi incontriamo nel legamento largo le forme cistiche, le miste, le neoformazioni solide; e si può dire che un tal ordine corrisponde anche a quello di frequenza con cui si presentano.

Delle forme cistiche prevalentemente si incontra la uniloculare a pareti sottili a liquido tenuissimo. In passato venne questa spesso confusa colle cisti ovariche semplici. – *Idrops folliculi* – e ciò perchè si riteneva rarissimo e quasi non si ammetteva che cisti del legamento largo potessero arrivare a tanta grandezza; il Bantok – London Obst. Trausact. XV 1874 p. 105 – e Tait – Patologia e trattamento delle malattie delle ovaje, – reagirono esageratamente contro questa credenza, negando l'esistenza di cisti ovariche semplici; affermando che quelle ritenute come tali non erano che cisti del legamento largo. Contro tale avviso si espresse decisamente Spencer Wels.

È invece vero che le cisti semplici del legamento largo si andarono acquistando nel frasario del pratico, quasi la intera rappresentanza delle forme cistiche di esso legamento e dei cui caratteri se ne servì, a torto, perfino quale elemento di diagnosi differenziale.

Accanto alle cisti semplici abbiamo le forme policistiche che possono essere pure a pareti sottili e a liquido tenuissimo.

Gli adeno cistomi a contenuto di prevalenza colloide.

Quindi si schierano i cistomi papillari per lo passato pertrattati quali tumori ovarici dovuti a degenerazione della ghiandola, mentre gli ultimi studi patogenetici ne fissano l'origine non solo nelle ghiandole, nel loro ilo, ma eziandio nel legamento largo; la clinica ne afferma l'evoluzione loro di preferenza intralegamentare.

Dalle forme sopraccennate sono natural conseguenza, confermata dalla casuistica, le forme miste di cistomi nei quali all'esame anat. patolg., si possono riscontrare le papille in una cavità, il contenuto colloideo in un'altra, limpido siero in una terza di uno stesso tumore.

Anche cisti dermoidi, previa diagnosi di natura e di sede, vennero enucleate dal legamento lato; circa l'origine loro nulla vi ha ancora di precisato.

Dopo le forme cistiche e cistomatose troviamo i fibroidi; nella letteratura sono riportati dei casi di miomi cistici e cisto fibromiomi a seconda della prevalenza di uno sull'altro tessuto; la loro origine fino a non molto era deferita all'utero di cui, per la loro tendenza allo esterno, sdoppiavano il legamento più o meno interamente.

Ora però dopo le pubblicazioni del Sänger sappiamo che Fibroidi il legamento largo, ne può ospitare per conto suo altre che gli vengano dall'utero e dall'ovaja. La vecchia patogenesi non reggerebbe più in tutti i casi. Però è opportuno soggiungere che gli studi morfologici sull'utero oggi ci dicono che gli strati muscolari del legamento largo come i fasci del legamento ovarico, come quelli del legamento rotondo e dei *retractores* non sono che emanazioni dell'utero, fasci di irradiazione.

Vanno accennate anche le forme maligne; il carcinoma sempre secondario ad affezione di altri organi, delle ghiandole retroperitoneali, a metamorfosi di altre forme neoplastiche, il sarcoma colle sue varie forme, il mixosarcoma, i quali non di rado invadono e snaturano i fibroidi, etc.

Cenno etiologico.

Nei riguardi etiologici è assai verosimile che tutte le cause, tutti i momenti di massimo stimolo sia questo fisiologico o morboso, sia questo d'indole generale o peculiare ad un individuo creano le condizioni favorevoli allo svolgersi delle neoplasie.

Due momenti che l'etiologia lega assieme, ma che concedono poca luce sull' argomento sono l'ereditarietà e i processi embriogenici in parte a quella subordinati. Ma per quanto la statistica tenti sfruttare la prima e il paziente lavoro dell'embriologo segua e minutamente analizzi i secondi, compresi dell' influenza stragrande dell' una più estesa e più complessa di quanto è dato pensare e ammirati dei progressi dell'embriologia, per quanto si riferisce a queste deviazioni dalle leggi misteriose che regolano l'evoluzione dell'essere, davanti a queste produzioni superflue o traligne che mal s'accordano a quel mirabile esempio di economia offerta dall'organismo nei suoi mezzi, nelle sue attività, nel riprodurre sè stesso, siamo ancora al punto delle ipotesi, dei semplici apprezzamenti. — Scrive il Köberlé, uno dei più fortunati ovariotomisti: *Les femmes lynfatiques et nerveuses sont tres-sujettes aux Kistes de toutes sortes.*

Scanzoni mette in rapporto le produzioni cistiche nella donna alla frequente condizione cloroanemica e Wirchov rafforza finissimamente una tale veduta riferendosi alle anomalie degli apparecchi vascolari, ipoplasie e iperplasie che si incontrano in tali malate.

Per le forme miomatose ad onta delle faticose ricerche di Winkel nulla di preciso sappiamo, solo che l'età prepubere ne va esente di preferenza sono colpite le maritate e di queste quelle che hanno figliato.

Le pazienti ricerche degli studiosi non hanno che abbattuto molti dei limiti, dogmatiche deduzioni dell' osservazione del passato; nei riguardi dell' età poco si conosce e anche quel poco ricco di eccezioni.

Delle forme maligne si può dire che generalmente prediligono l'infanzia e la virilità avanzata; ma proprio al ginecologo le eccezioni si presentano così numerose che un tal criterio perde assai del suo valore.

Nella donna l'attività sensuale apprezzata dai 15 ai 50 anni da il dato nei cui limiti si comprende la maggior frequenza delle forme cistiche, neoformative in genere. Molte osservazioni depongono per l'ereditarietà di tali malattie; nelle sorelle presentarono successivamente le stesse forme morbose come negli individui di sesso femminile di una stessa famiglia si tramandarono per molte generazioni difetti ed anomalie di organi.

Criterii generali sulla diagnosi.

I tumori trovano nel legamento largo un ambiente di evoluzione così comodo che, se per tutti i tumori in generale meno quelli che fin da principio causano turbe funzionali cospicue, si può dire che sfuggono indeterminatamente al paziente e solo ad un certo volume occorrono al medico, quelli che sdoppiano e si fanno strada nelle larghe maglie connettivali del legamento lato, nel maggior numero dei casi danno la benchè minima noja, sempre inteso che non vi si accompagni alcun processo infiammatorio.

È troppo ovvio il parlare di adattamento cui nella lenta evoluzione del tumore rispondono gli organi pelvici e addominali. La gravidanza ce lo prova ad ogni momento, in ispecie, se poniamo mente a quei casi di gestazione, che decorrono inosservati alle stesse donne per quattro o cinque mesi, in soggetti irregolari nelle loro purghe mensili, oppure passibili di una tal quale menoraggia periodica anche durante l'elaborazione del frutto del concepimento: ovvero, quel che occorre più di frequente, nel periodo di allattamento. I rapporti anatomici della pelvi sono nella prima età sfavorevoli allo svolgersi delle neoformazioni; il bacino è piccolo; il corpo dell' utero un terzo della sua cervice, le ovaje mantengono ancora nella posizione loro ricordi embriogenici, e data una degenerazione maligna che rapidamente si svolge, per l'elaterio del *nisus formativus* dei primi periodi, questa trova stanza opportuna nella cavità addominale.

Ma la pelvi a completo sviluppo è normalmente ampia e può accogliere tumori anche grossi senza che alla semplice ispezione se ne possa sospettare l'esistenza.

Delle turbe funzionali, riflesse, meccaniche convien occuparsi come di quelle che possono esistere con o senza tumore apprezzandone la accentuazione e la scomparsa al periodico iperanizzarsi degli organi, ben guardandosi con accurata discriminazione dal *post hoc.*

Ogni finezza di logica in fatto di tumori cede il primo posto all'esame obbiettivo, che spesso può reggere da solo l'intero edificio della diagnosi della prognosi e della terapia, anche se non suffragato, come d'ordinario avviene, da esatte deposizioni della paziente.

Se per i tumori ovarici è in alcuni casi difficile lo stabilire a qual lato appartengono, di regola ciò non s'incontra per quelli del legamento, a meno che non si abbiano peduncolato, invaso lo spazio retroperitoneale o raggiunto proporzioni colossali.

L'esame interno, l'apprezzamento di fornici, la sondatura dell'utero, il catetere in vescica e le dita o la mezza mano nel retto, se il tumore non è molto grande, possono mettere in luce la topografia del bacino.

Nel maggior numero dei casi si si accontenta dell'esame anteriore del ventre, però la percussione posteriore può far rilevare differenze tali nei due lati della colonna vertebrale, da farci concludere per la sede del tumore colla massima probabilità da quella parte dove il plessimetro segni mattezza completa in confronto dell'altra più o meno sonora per la presenza delle intestina.

Alla percussione viene in aiuto l'orecchio.

Anteriormente diviso il ventre in quadranti, coi soliti punti fissi dell'apofisi, delle spine e del pube e del punto mobile che è l'ombellico, l'occhio, il compasso, la fetuccia metrica rileveranno più o meno esattamente le asimmetrie. Qualsiasi esame, per quanto lo concedono le condizioni del ventre, deve essere cominciato con un esatto rilievo degli organi normali.

Dato un tumore, al palpamento è dato riconoscerne o sospettarne i caratteri fisici, se cistico o solido o l'uno e l'altro ad un tempo; nel primo caso, se la sottigliezza delle pareti lo concede, facendo i debiti confronti, a chi ha il tatto fino ed è famigliare con simili esami, è possibile fare degli apprezzamenti sulla grossezza delle pareti della cisti, sempre relativi, a massima endo-tensione contenente o contenuto si giudicano male, ma che potranno pesare sopra il trattamento, poichè la guarigione colla paracentesi è solo probabile in quelle cisti a pareti sottilissime, nelle quali il vuotamento dà un'avvizzimento completo.

Una delle condizioni che noi incontriamo assai spesso nelle donne è la stitichezza ostinata, dai tre ai sei giorni è assai comune, io ne tengo notato un caso di 21, senza notevole sintomatologia. Nel libro del dottor Malacchia De Cristoforis sulle malattie delle donne, è dedicato a questo argomento uno dei più importanti ed interessanti capitoli. Non è raro il fatto che dopo di aver trattato più volte, per più giorni un soggetto con *aperitivi* e successivamente tenute a ristrettissima dieta per una settimana e più, obbedendo ad

un'eventuale indicazione, in seguito alla propinazione di un catartico, oppure spontaneamente, si abbiano delle scariche abbondanti *e con caratteri retroattivi,* per così esprimermi, così spiccati, da risvegliare una ben giustificata meraviglia.

Eliminare una tal condizione, sia come fonte di errore sia come gravissimo ostacolo ad un esame è precetto cardinale.

Il vuotamento della vescica non frappone indugio e non deve essere pretermesso.

Qualora allo esame combinato noi riscontriamo un corpo, una massa al pube, e nel segmento inferiore dei quadranti inferiori dello addome, che si estenda lateralmente al disopra e lungo il legamento del Puparzio e sembri immurato alla parete anteriore del bacino, sia che si spinga all'insù o s'approfondi nel cavo, possiamo pensare a tumore del legamento largo per sè o ad una sua compartecipazione.

Il non poter sportare il tumore servì a clinici preclari per formulare la diagnosi di sede e col controllo successivo della sua esattezza.

Di solito il fornice vaginale corrispondente scompare, o viene abbassato o sostituito da una convessità più o meno estesa e sporgente.

L'utero sia normale o tratto in compassione può presentare spostamenti svariati che vogliono speciale interpretazione giusta del caso pratico.

Il palpamento metodico, la percussione, l'ascoltazione, la puntura d'assaggio, l'analisi chimica o microscopica, in una alle note anamnestiche rappresentano il nostro corredo di esame; la estesa conoscenza letteraria, sottacendo dell'esperienza individuale, in base alla quale a pochi è dato di scrivere, e l'aver presenti gli errori in ispecie dei grandi maestri, costituisce il grosso della nostra ricchezza, il nostro salvacondotto nelle peggiori evenienze.

L'antisepsi è il *sine qua non* ed è giusto che in Chirurgia di lei si dica « senza di me non vi ha salute ». Per tale aiuto noi possiamo ricorrere alla Laparotomia esplorativa.

Ed ora entriamo a parlare delle varie specie di tumori riportandoci pel loro studio al molto che esiste in memorie, monografie, parziali contribuzioni di casistica, dirette ed indirette comunicazioni di chi toccò l'argomento, desumendone le note caratteristiche dai casi pratici.

Delle cisti semplici del legamento largo.

Il Barne, nel suo grosso manuale delle malattie delle donne a pag. 412 intitola il capitolo delle forme cistiche del legamento, « *Idrope del legamento largo* », e fa menzione dapprima della dilatazione periferica dei tubuli, che si presenta di frequente e costituisce delle vescichette, al maximum, della grandezza di una noce o di un uovo che corrispondono all'estremità frangiata della tromba e che per la forma e grandezza loro nulla offrono di patologico. *In the form and size figured, they cannot be called pathological.* Le loro pareti sottilissime ne fanno ammettere la facile rottura e la tenuità e trasparenza del conteuto, la nessuna o passeggiera irritazione, anche se versato in cavità. Presentano il rivestimento esterno sieroso, quello interno di epitelio cilindrico nucleato.

Anche lo Spencer Wels, a pag. 14 della seconda edizione del suo trattato sui tumori ovarici ed uterini, annette loro poca importanza; però aggiunge che per un'accidentale produzione di tessuto fibroso delle pareti, possono ingrandire e diventare vere cisti, arrivare a dimensioni cospicue; possono distendere le pagine del legamento per intero o in parte, peduncolarsi o meno e ripetere un soccorso per le turbe meccaniche che arrecano. In un esempio che egli porta di tale produzione morbosa di cui il tumore era giunto al bellico, la parete interna della cisti esaminata dal dottor Fox era tapezzata da epitelio poligonale « *it is lined internally bis a flattened poligonal epitelium* » e non risultarono traccie di villi o papille. L'ovario corrispondente era contenuto in una ripiegatura del legamento e in apparenza normale; la tromba decorreva sopra il tumore e le sue fimbrie non erano in nessun punto aderenti. In un altro caso del *Fischel-Uber parovarial cysten ù. parovarielle Kystome.* — Arch. für. Gyn. XVII B. II H. — noi troviamo una relazione minutissima e una discriminazione particolareggiata sopra una cisti uniloculare senza traccie di sepimenti. Questa relazione raccoglie quanto vi ha di più interessante sopra un tale argomento.

All'atto operativo, il vuotamento della cisti diede 10 litri e 1/2 di liquido chiaro come l'acqua, nell'assieme di colore giallo paglierino, leggermente alcalino e ricco di albume. La superficie del tumore era liscia, attraversata da vene discretamente grosse e al suo vertice portava una seconda piccola cisti a contenuto eguale, il di cui interno era liscio, mentre la superficie interna della grossa cisti era rugosa come la mucosa dello stomaco, nessun coagulo o strato di deposito sulle pareti e di colorito biancastro.

Oltre la rugosità suaccennata si aveano parecchie chiazze del diametro di circa 2 cent., dove la superficie interna era ruvida per la presenza di papille della grossezza di un grano di tritello, alcune più grosse, di 1 mill. di diametro quali rotondi bitorzoletti.

I rapporti topografici erano i seguenti: Essa venne asportata colla estremità laterale della tromba destra e colla metà dell'ovario. La superficie di recisione del peduncolo presentava la sezione della tromba, quindi le due pagine del suo mesotuba e quello dell'ovario: la parte risecata della ghiandola era stata utilizzata nel peduncolo. La parte interna della tromba per 6 cent., possedeva il suo mesotuba di forma triangolare ben distinto dalla cisti. La parte laterale, l'ampolla, distesa per 28 cent., correva sul tumore ricoperto dal peritoneo facilmente distaccabile. La tromba era pervia e si poteva sondare e il suo orificio aperto terminava sulla superficie del tumore. Una sola delle fimbrie era libera e al suo estremo una lunga briglia l'accompagnava al tumore. L'ovario in tal caso era ipertrofico e misurava 7 cent., in lunghezza e 5 cent. in larghezza e per 3 mm. e 1/2 era, a mezzo di lasso connettivo, aderente alla cisti per cui venne compreso nella escisione e con esso la parte di tromba.

All'esame, la cisti si separava facilmente in due strati, assieme uniti da tessuto connettivo lasso; lo spessore non uniforme misurava da 1/4 e 3 mm. In corrispondenza delle rugosità della parete interna si riscontravano delle introflessioni quasi tubulari rivestite dall'epitelio, che si potevano tenere per neo-ghiandole, ma che per l'apprezzamento dell'autore non si doveano giudicare per tali.

Nelle chiazze papilliformi, noi avevamo un esemplare dell'iniziarsi di una produzione patologica. L'epitelio di rivestimento era di un solo strato a cellule cilindriche brevi a nucleo centrale, in alcuni punti a cellule più basse di forma cubica e rotonda; le cellule più larghe che alte trovavansi alla cima delle papille più grosse; i nuclei molto grandi riempivano quasi per intero le cellule piccole. Sotto all'epitelio si aveva uno strato di connettivo sottile trasparente, indistintamente fibrillare, privo di cellule, al quale si addossava lo strato interno. Esso presentava però tessitura diversa; nel più delle papille il connettivo era stipato e con numerosi nuclei

ovali e fusiformi; dove non vi erano papille, era invece omogeneo. Gli strati superficiali della parete della cisti consistevano dello stesso congiuntivo stipato ricco di nuclei; nei più profondi era più lasso a fibre ondeggianti, in parte ricche, in parte povere di nuclei e frammiste a fibre elastiche. Gli strati interni erano del tutto connettivali e mancavano traccie di fibro cellule muscolari. Le lamine interne degli strati esterni erano pure di connettivo fra cui però si potevano discernere nettamente delle fibre muscolari lisce; procedendo verso l'esterno le fibre muscolari si facevano più numerose, longitudinali e trasversali e formavano una vera tunica muscolare sopra la quale a mezzo di connettiva lasso aderiva la sierosa ricoperta del suo endotelio piatto. Ulteriori ricerche diedero che lo strato muscolare non era uniforme, così da potersi parlare di una vera tunica giacchè in alcuni punti si avea la prevalenza del connettivo.

Se noi ci presentiamo alla mente le note anatomiche dei tubuli del parovario e ne pensiamo la parete ispessita, quindi la compartecipazione in essa del legamento largo coi suoi strati muscolari lisci, in parte ipertrofici, in parte distratti per l'aumento del tumore, noi ne ricostruiamo la patogenesi.

Che i fasci muscolari si debbano al legamento largo è affermato da Spiegelberg l. c. da Gusserow, — Arch. für Gyn. X pag. 184, — da Scanzoni e Reclinghausen. — Contrib. Gyn. V. — Il Fischel poi si occupa dell'epitelio e delle sue varie forme nel caso speciale. Sebbene si sia trattato di cisti pura del parovario tuttavia non risultò in nessun luogo l'epitelio cilindrico vibratile, che riveste i tubuli allo stato normale; e non solo si osservò un epitelio a cellule cilindriche assai basse, ma perfino rotonde e cubiche, osservazione che il Fischel avea fatto sopra una cisti, estirpata felicemente dal Winkel un anno prima. Il Klebs, — Manuale di Anat. patolg. pag. 838 — non dubita di ammettere che in questa cisti avvenga una tramutazione di epitelio da vibratile in epitelio pavimentoso, veduta che il Fischel accetta in parte soltanto, poichè gli sembrerebbe più razionale la trasformazione da epitelio vibratile in epitelio cilindrico a cellule basse, poichè l'epitelio pavimentoso inchiude l'idea di più strati (?) il che non venne mai fatto di incontrare in una cisti del parovario. S'appoggia in ciò alla opinione dello Spiegelberg. — Arch. f. Gyn. p. 177 T. XIV., — il quale ha mostrato che al cessare dell'aumento eccentrico della parete della cisti, deve avvenire un appiattimento meccanico del suo epitelio. Il Fischel andrebbe quindi più in là, poichè trovò l'epitelio a cellule cilindriche molto basse e prive di ciglia nelle introflessioni, dove, egli dice, non si comunica l'influenza dell'endopressione (!). Egli ammetterebbe, che originariamente nei tuboli del parovario l'evoluzione dell'epitelio possa restare allo stato delle

cellule sopra descritte, cosicchè tali si devono presentare nelle forme cistiche che si possono svolgere. Egli si avvalorerebbe dell'autorità di Waldayer (Manuale di Stricker, I, pag. 573), che dice: « *questo epitelio, quello dei corpi di Wolf, più tardi in parte si fornisce di ciglia* », concordando anche con Köllicker (Ent. Gesch, pag. 980). Cosicchè al vario reperto offerto dall'epitelio del tumore studiato da Fischel concorrerebbero due momenti, il meccanico e l'evolutivo.

Alla presenza delle fibre muscolari, Fischel riporterebbe la rugosità della superficie interna della cisti, da lui osservate anche nel caso di Winkel; sebbene a pag. 211, l. c. si mostri proclive ad ammettere anche la possibilità che si trattasse di introflessioni ghiandolari, contegno che si osserva di frequente dove havvi normalmente epitelio cilindrico come quello di tubuli Wolfiani; e dato un tal fatto noi saremmo portati all'altra forma, degli adeno-cistomi.

Casuistica. — Ed ora passiamo rapidamente in rivista alcuni altri casi di cisti del legamento largo, controllate da accurato esame al tavolo di sezione o coll'atto operativo, per desumerne tutte le particolarità che contraddistinguono questo genere di tumori. Roberts (Lancet 31 maggio 1873), trovò in una cisti del legamento largo che venne da lui estirpata un liquido tenuissimo, chiaro-trasparente come acqua di fonte, senza traccia di albume, e di un peso specifico di 1005.

Wagner (Berliner Kl. Woch. schrf. 1868, p. 410) fece diagnosi di cisti ovarica semplice in un soggetto di 24 anni, il cui addome avea una circonferenza di 117 cent. La paracentesi diede *8 quarte* di liquido trasparente come l'acqua e leggermente verdastro; il sacco, come l'esame del preparato avuto dall'autopsia ebbe a dimostrare, non era dovuto all'ovario trovato sano, ma al legamento; avea lo spessore da uno a due mill., rivestito allo esterno dal peritoneo, all'interno del tutto liscio.

G. Müller (Contrib. di Scanzoni, V, pag. 163) credette estirpare una cisti ovarica enorme, la spessezza delle cui pareti lo colpì durante l'atto operativo. L'autopsia dimostrò che ambedue gli ovarii erano normali e che la cisti apparteneva al legamento largo. La parete constava manifestamente di due lamine, rivestimento peritoneale allo esterno e allo interno epitelio vibratile a lunghe ciglia. Nel contenuto si riscontrò molta albumina.

Atlee (Dei tumori ovarici) riporta il contenuto di una cisti di cotal genere della limpidezza dell'acqua, leggermente opalescente, senza albumina e di piccolo peso specifico.

Bantock (*Of the pathology of certain so called unilocular ovarian cyst. Obst Journal of Gr. Br.* Mai 1874, p. 124), trovò in una pic-

cola cisti di questa natura, un contenuto leggermente giallognolo, tenuissimo, del peso specifico di 1003.6, leggermente alcalino. Non vi era mucina in quantità rimarcabile, e poca albumina. La parete si poteva facilmente separare in due strati.

Köberle (*Gazz. Med. de Strasbourg* 1873, pag. 187) operò due casi analoghi, previamente diagnosticati, a contenuto acquoso, molto salato al palato e privo di albume. I tumori si svestivano facilmente del peritoneo e si staccavano con altrettanta facilità dall'ovario e dalla tromba. Le pareti erano a due strati, quello interno connettivale con rivestimento epiteliale cilindrico a un sol strato e qua e là con ciglia vibratili.

Un caso descritto da Spiegelberg differirebbe dai su riportati. Colla paracentesi si avrebbe avuto un liquido ricco di paralbumina, con ematie, granuli di grasso, detrito di nuclei e colestearina. Il sacco era di cospicuo spessore e si separava in tre strati; il rivestimento interno epiteliale era cilindrico, probabilmente vibratile; lo strato medio e più quello esterno, ricco di fibre muscolari liscie.

Chiudo con un caso del Gusserow (*Über Cysten des breiten Mutterbandes. Arch. f. Gyn. IX B.*). C. W. di 17 anni, accolta nella Clinica Ginecologica. Mestruata a 14 anni, rimarcò da due anni un aumento del ventre, aumento che si fece assai più rapido nell'ultimo estate. Nessuna molestia all'infuori di leggieri dolori ai reni intermittenti. Condizioni generali ottime.

L'espansione del ventre era più rimarchevole a sinistra che a destra. Leggera pigmentazione della linea alba e dell'areola. Infossamento ombellicale disteso. Circonferenza del ventre cent. 88. Dal Proc. ens. al bellico cent. 17, fino alla sinfisi 34. Dal bellico alla spina destra cent. 22, a quella sinistra 20 1/2. Nessuna addolorabilità, fluttuazione distintissima. All'esame interno l'orificio uterino è spinto all'indietro. Facendo pressione ai fornici si avverte un segmento del tumore. L'utero è normale, la sonda corre alquanto a sinistra. Colla paracentesi si vuotarono 7016 c. c. di liquido del peso specifico di 1002, privo di elementi cellulari; non paralbumina o mucina. L'esame clinico analitico diede:

Elementi organici.	Albume . . .	0.9588
Estratto etereo		0.1012
» alcool		0.1168
» acquoso		0.1600
	Totale . . .	1.3368 %
Elementi inorganici.	Sali insol. .	0.0264
Soluto nell'alcool		0.1952
» » acqua		0.7244
	Totale . . .	0.9460 %

In tutto 2.2828 %.

Dopo il vuotamento l'utero erasi retroposto e portato a destra; a destra del fondo, all'esame si percepiva un corpicino della grandezza di una noce avellana, l'ovario destro. Il sinistro si palpava pure distintamente. Venne fatta diagnosi di cisti del legamento largo. In estate del 75 venne di bel nuovo esaminata e nulla offrì di rimarchevole. Nel febbraio 76 le notizie assunte suonavano nello stesso modo.

Decorso. — Sul decorso di tal genere di cisti vi ha ben poco da dire; dividendo in tre periodi l'esistenza loro, il primo sfugge quasi sempre e il secondo assai spesso; ordinariamente nel terzo, a volume cospicuo vengono in scena delle turbe, le quali fino a un certo punto si possono paragonare a gestazione a termine. L'individualità giuoca una parte troppo importante perchè sia possibile concretare un quadro sintomatologico. Egli è certo, che le condizioni degli organi addominali sono da tenersi in gran conto. Però se lo stomaco e le intestina della donna del popolo sono d'ordinario ectasici e quindi dovrebbero risentire di più gli effetti meccanici di compressione in confronto di quelli delle donne di miglior ceto, abbiamo d'ordinario soggetti che per così dire avvertono meno sè stessi, si medicano volontieri da sè, assumono facilmente aperitivi e drastici, e ricorrono al medico determinativi solo dal non poter accudire al proprio lavoro, piuttosto che in questi casi ciò avvenga per vere sofferenze fisiche. Negli strati sociali più elevati, dove è già questione di gran momento l'assumere un blando eccopratico, troviamo suscettibilità spinte, e solo a male molto inoltrato si decidono all'esame. Il collegare le eventuali complicazioni non è sempre facile, nè spesso esatto.

Le ricerche statistiche di Atlee (op. cit.) depongono per una predilezione quasi senza eccezione, come scrive il Gusserow, di tali forme per le donne di età giovanile, fatto che ci spiega forse il grande benessere delle colpite; che però un'endopressione addominale a lungo andare possa essere innocente e non prepari gli ingorghi pelvici, ipocondriaci, ectasie del centro circolatorio, emormesi attive e passive con effetti tardivi, le alterazioni lente dei vasi, sono fatti che la fisiologia ci spiega, l'anatomia patologica ci conferma.

Una delle condizioni difficili ad apprezzarsi esattamente, ma delle quali con accurato esame possiamo misurarne fino a un certo punto il valore e le conseguenze, è data dalle aderenze; di queste tratteremo in comune colle altre forme di tumori: qui avvertiamo soltanto che le cisti semplici del legamento largo mostrano poca tendenza ai concrescimenti, a fusione cogli organi con cui sono a

contatto e ciò perchè il loro rivestimento peritoneale le mette nelle medesime condizioni dell'utero gravido, semprechè per il sopravvenire di peritoniti parziali non si modifichino i caratteri della sierosa, ed altre condizioni, quali la stitichezza ostinata o traumi, non creino centri di iperemie, che favoriscano l'aderire e concrescere delle faccie che si trovano a mutuo contatto.

Diagnosi. — Anzitutto nei riguardi al diagnostico, sia per il successivo smentirsi dei segni sopra i quali delle autorità competenti fondavano il loro edificio per il riconoscimento delle cisti del legamento, possiamo convenire col Gusserow (loc. cit.) che solo potremo esser certi di aver da fare con tal tumore quando o prima del vuotamento, se il volume di esso e la topografia degli organi del bacino lo permettano, o dopo la paracentesi ci sarà dato di palpare ambedue gli ovarii.

Il caso di Fischel e quello accennato da Spiegelberg ci apprendono un contegno dell'epitelio di rivestimento che mal si presta per un'esatta diagnosi microscopica. Nel caso di Spencer Wels avevamo un epitelio endocistico appiattito poligonale. Atlee e Bantock (l. c.), e ultimamente Spencer Wels (*Med. Times* 20 marzo 1875), stabilirono quale carattere differenziale, il riscontro di elementi cellulari nel liquido delle cisti semplici dell'ovario il suo peso specifico molto alto, e il riempirsi di tali cisti dopo il vuotamento, mentre le cisti del legamento largo dopo il vuotamento avvizziscono, il liquido non tien sospesi elementi cellulari, è acquoso, trasparente e di peso specifico bassissimo.

Köberle, appoggiato a questi dati, azzeccò nella diagnosi che venne confermata dalla laparotomia.

Però siamo ben lungi dal possedere un dato sicuro.

Anche Baker Brown tiene per cisti del legamento largo quelle che, diagnosticate per cisti ovariche semplici guariscono in seguito al vuotamento, e di tali ne descrive Bird quattro casi (*Med. Times* 1851, July 19), dei quali tre furono guariti colla paracentesi, e il quarto ripresentò la raccolta dopo sei anni; io però osservo che ad epoca così tardiva è più ovvio pensare all'evoluzione di altra cisti, con molta probabilità coesistente alla maggiore al momento che fu vuotata.

Keit-Peaslee (*Ovarian Toumorus*, pag. 99), estirpò una cisti del legamento che per 5 volte aveva vuotato.

Charles Clay vide in 40 casi solamente sei volte il novello riempirsi. — In tutta la letteratura, scrive il Gusserow (loc. cit.), non si trova che una sola citazione di morte, seguita alla paracentesi, da peritonite. - Kiwisch - Frauen Krank. B. II, S. 235. - Noi non pos-

sediamo quindi che criteri relativi per la diagnosi, inquantochè il contenuto non da caratteri nè fisici, nè chimici, nè microscopici differenziali in via assoluta. Nemmeno il trattamento colla paracentesi risponde positivamente. La presenza della paralbumina o la sua mancanza non può farci ammettere od escludere la cisti ovarica in confronto di una cisti del legamento largo.

Il lavoro del Westphalen (*Arch. f. Gyn. VIII,* pag. 72) contiene larga esperienza in proposito. — Il Gusserow (loc. cit.) in due casi di difficile diagnosi, nei quali il liquido ottenuto era povero di albume senza paralbumina, trovò che il tumore era tuttavia ovarico, come pure in un liquido di libera ascite ebbe a constatare la paralbumina; così pure Heine (*Ovariot. Prager. Med. Woch. sch.* 1876, num. primo).

Il Thorton operò un caso in cui era stata fatta diagnosi di cisti ovarica semplice, e all'apertura del ventre la grande cisti metteva capo al lobo sinistro del fegato; era una cisti da echinococco. Io fui presente all'atto operativo. Vennero staccate (*lege artis*) le molteplici aderenze che avea nel bacino e venne asportata. Cito il caso perchè mi sembra bene l'avere a mente anche questa possibilità, sebbene a salvarci dall'errore in tali casi può giovare bensì la puntura esploratoria (V. differenti forme morbose della pelvi) e l'anamnesi. Ricordo di un caso di echinococco dell'ovajo destro, ma non ho presenti i particolari; ad ogni modo l'esplorazione d'assaggio ci darà i lumi necessari per il diagnostico.

Riassumendo, alla diagnosi della cisti del legamento largo quando l'ovario corrispondente, anche dopo la paracentesi non è palpabile, concorreranno i caratteri fisici del liquido, il suo peso specifico assai basso, l'esame chimico, l'eventuale reperto microscopico di epitelio vibratile; ma solo a darci degli estremi di massima probabilità.

Prognosi. — Sul pronostico bastano poche parole, poichè dalla casistica risulta che il maggior valore lo ha il momento meccanico per le dimensioni che può assumere il tumore, la cui natura è delle più innocenti per sè e perchè ordinariamente, sebbene abbiamo veduto come nel caso di Fischel vi fossero già delle chiazze papillomatose, in tutto il suo decorso mantiene quasi sempre i medesimi caratteri, mentre quei tumori che hanno un'attività patologica diversa la estrinsecano assai per tempo, giova aggiungere nel maggior numero di casi, poichè le eccezioni sono assai numerose.

Cura. — Stilling nella sua opera: *Extra peritoneal methode of Ovariotomy* a pag. 161, dice: « No surgeon should ever puncture « au ovarian cyst - Tapping is a crime; never tap. - Sp. Wels op. « Clas., II ediz., pag. 155 orig. »

Tale precetto però non regge nei riguardi delle cisti semplici del legamento largo, poichè come abbiamo veduto che non possediamo caratteri differenziali assoluti fra le cisti del legamento e quelle semplici dell'ovario, d'altra parte abbiamo il fatto che in molti casi si ottenne la guarigione colla paracentesi, ciò che parla *a priori* in favore di un tal trattamento, che diviene anzi un mezzo innocente utilizzabile per la diagnosi.

In quelle pazienti in cui si ebbe un tumore analogo dopo molti anni, è certo più verosimile il ritenere l'evoluzione ulteriore di un'altra cisti, di quello che parlare di nuova raccolta, e ripeterne il vuotamento.

Nella cisti descritta dal Fischel abbiamo veduto infatti come al suo vertice ve ne fosse una seconda che misurava di già otto centimetri di diametro. Inoltre dalla paracentesi praticata colle dovute cautele non abbiamo gran fatto a temere; ricordo su tal proposito che in un caso di Schröder, di cisti trattata otto volte col paracenterio, si ammettevano aderenze multiple, che vennero totalmente smentite alla laparotomia.

Le particolarità offerte dal fatto-specie, messe in rapporto ai timori che può inspirare il nuovo raccogliersi del liquido, per gli effetti già prodotti sul generale del soggetto, e la volontà della paziente, potranno influire sulla condotta del chirurgo; ma per regola generale dobbiamo accettare in prima linea il paracenterio. Troverei invece applicabile il divieto reciso di Stilling, per le iniezioni endocistiche, cui del resto nessuno più pensa, a quella stessa guisa che nulla si aspetta dal trattamento interno; bene inteso che questo lascierà il tempo che trova, e l'iniezione invece è gravida di pericoli senza misura.

Ricordo per analogia che a me toccò due volte nel fare una puntura di assaggio in una cisti di echinococco di provocarne il vuotamento nel ventre, determinando una non grave reazione, che fu facilmente superata; un tale avvenimento adunque in caso di cisti a pareti sottilissime non sarebbe gran fatto a temersi; anzi, stando ai casi di rottura spontanea o dopo una puntura di assaggio, non sembrerebbe fuori di bada una proposta di un metodo sicuro con cui si potesse determinare il vuotamento del liquido in cavità, avendo gli ultimi fatti della trasfusione peritoneale messo in luce di qual potenza assorbente non sia dotata la sierosa; ma simil pratica attuata dal Guerin, Tilt, Maisonneuve, anche se coronata da qualche successo, in vista dei pericoli che inchiude venne completamente abbandonata.

Ad altro trattamento si appigliò dapprima il Blundel, e successivamente il Wilson, Backer, Brown, Crooch e infine Symson col-

l'escisione parziale della parete della cisti previo il suo vuotamento, la sutura del rimanente e la riposizione. Questo procedimento può essere discusso ed applicato in caso di estese aderenze, non quando è possibile la totale estirpazione. Per cui, tenuto conto di questi processi incompleti, ma che però possono portare a raggiungere lo scopo, in seconda linea, riuscita inefficace la paracentesi, la immensa fiducia con cui si può in oggi imprendere la laparotomia, ci addita appunto l'operazione radicale. Nel capitolo del trattamento ritorneremo per le norme e i metodi più consigliati dal progresso odierno della chirurgia addominale, capitolo di cui spetta un paragrafo importantissimo alle aderenze.

Se però allo esame e colle punture di assaggio si arriva a persuadersi di aver a che fare con tumore semplice del parovario ma policistico, allora è miglior consiglio, subordinando l'atto operativo alle sofferenze e alla volontà della paziente, di ricorrere alla estirpazione.

Nella medesima maniera che si propone di ottenere l'involuzione dei tumori uterini colla legatura dei vasi aderenti, alcuni chirurghi, e lo stesso Freûnd, in casi di estesissimi concrescimenti praticarono la legatura dei vasi principali. In un caso, Freûnd ottenne un rimpicciolimento del tumore cospicuo, e dopo 14 giorni dall'atto operativo comparvero regolari le mestruazioni con euforia completa della paziente. È chiaro che tal procedimento ebbe la sua idea madre nel fatto dell'avvizzimento del tumore seguìto alla sua torsione.

In un caso di tumore cistico addominale a lungo peduncolo nella Clinica del prof. Schröder, assistei ai fenomeni determinati colla torsione manuale del tumore. Fatto girare una o due volte il tumore sopra sè stesso, avveniva che la paziente si faceva ansiosa, addoloratissima in volto e accusava un senso di violento dolore tensivo a tutto il ventre, che istantaneamente cedeva col ritorcere il tumore in senso inverso.

Se però la torsione avviene lentamente, in allora può avverarsi la guarigione spontanea. Ciò valga per quelle cisti del legamento largo che per l'evoluzione loro si pedunculano, assumendo il contegno identico di un tumore libero dell'ovario. Si avverta che la graduale torsione può determinarsi per il contraimento di aderenze alla cui trazione indiretta obbedisca il tumore.

Cistomi.

Egli è ben vero che colla definizione preposta, le cisti, sia uniche, sia multiple per la contemporanea ectasia di molti tuboli del parovario, di cui ci siamo fino ad ora occupati, non sarebbero in senso anatomo-patologico da pertrattarsi quali tumori, ma piuttosto, come la dilatazione di uno o più folliculi dell'ovario, nella quale per le accurate ricerche di molti - Rokitanscki, Fox - fu dato spesse volte di riscontrare la cellula uovo, assomiglierebbero alle cisti semplici di ritenzione, in cui l'attività secretiva cammini più o meno in rapporto diretto coll'iperplasia della parete, cosicchè distese, divengono resistenti e possono arrivare a dimensioni enormi. Però una linea di demarcazione assoluta da questa all'altra forma di tumori, raccolta sotto il nome di cistomi, adeno-cistomi, papillo-cistomi, non l'abbiamo. Sembra che natura, anche nelle deviazioni dalla norma, ottemperi al « *non facit saltus* ».

Nel caso di Fischel, in cui si aveano tutti i caratteri della cisti del parovario semplice, purissimi nella piccola, si presentano nella grande delle piccole chiazze papillomatose, le quali ci rappresentano la linea di congiunzione fra queste due forme morbose. Comparse tardi quelle papille, l'endopressione del liquido ne ha forse impedito il rapido aumento, generatosi invece per tempo, all'iniziarsi del male, avrebbero improntato dei caratteri loro il tumore e in luogo di una cisti semplice avressimo avuto il papillo-cistoma.

La genesi di tali tumori è ancora dibattuta, non così la loro natura epiteliale e la loro struttura per il molto materiale raccolto in questi ultimi anni. — Se noi, dopo i bellissimi studii di Ruge e di Veit, sopra il contegno dell'epitelio nell'erosioni della bocca dell'utero, ci permettiamo un cenno comparativo e ricordiamo la erosione semplice, tramutazione dell'epitelio pavimentoso a più strati in epitelio cilindrico; l'ulcera papillare, in cui l'introflessioni ghiandolari vicine l'una all'altra s'approfondono e restano fra le insenature i fini frastagli della mucosa, così che tanto macroscopi-

camente per l'aspetto granulare quanto microscopicamente appajono simili a papille; le erosioni follicolari, dove i tubuli ghiandolari neoformati si strozzano alla periferia, venendone ristagni di secrezione, d'onde formazioni cistiche che possono arrivare alla grandezza di piselli, e si arrestano forse perchè le robuste fibre muscolari colla loro contrazione si oppongono al loro ulteriore aumento; e dall'altro lato poniamo i cistomi proliferi ghiandolari e papillari, tenendo conto del normale rivestimento interno dei tubolini, residui embriogeneci e i loro rapporti colle ghiandole del sesso, e ne studiamo la loro struttura istiologica, troviamo, mi sembra, una strettissima analogia di processo, la stessa che esiste per gli adenomi e papillomi endouterini e forme analoghe di altre parti del corpo ricoperte da mucosa.

Perchè poi si sviluppano cistomi negli annessi dell'utero e arrivino a dimensioni colossali, potremo spiegarcelo col tener conto delle disposizioni anatomiche, delle importantissime funzioni fisiologiche delle parti e dei momenti etiologici generali, di cui abbiamo fatto cenno; nulla di più soddisfacente può darci in oggi la scienza.

Noi ci accontenteremo di accennare soltanto di volo alla questione della genesi di questi tumori, e, sebbene non ancora decisa, egli è certo che i nuovi studi hanno allargato di molto il terreno di origine dei cistomi che in passato si riferiva *in toto* o quasi all'ovario, e anche quando col controllo dell'autopsia o dell'atto operativo non si rinvenga la ghiandola nè traccie dell'esser suo, non invocheremo la sua degenerazione come matrice al tumore, ma possiamo ammettere che abbia scontata per compressione la sua esistenza atrofizzando o che abbia rappresentato una sola parte, che può essere la più piccola nell'evoluzione del neoplasma, riportandoci in gran parte al legamento largo in quanto in esso si trovano i residui embriogenici, che per morbosa attività sono da considerarsi come punti di origine dei tumori e che si continuerebbero fino alla corteccia dell'ovario, come abbiamo altrove accennato.

Gli studii istologici dello Spiegelberg, del Feischlen, del Slavianscki, del Marchand, dell'Olshausen, del Coblenz, del De-Syneti, del Malassez per istabilire in base ai reperti di molti tumori che sottoposero ad accurato esame la genesi dei cistomi, non concordano punto; epperò le opinioni di quelli che si fanno forti delle conquiste embriologiche dovute al Köllicker nei piccoli cani, sebbene non ancora assodate per la specie umana, sembrano le più attendibili. Io mi sforzerò di riassumere dalle conclusioni dei loro lavori quanto si riferisce all'argomento, e, non permettendomi nes-

suna illazione, poichè solo pazienti studii di Gabinetto possono concederlo, è mio interesse di mettere in luce a qual punto trovasi un tal genere di studii.

Quindi, valendomi del materiale trascelto nella letteratura, oltre i casi che anatomicamente e clinicamente appartengono al legamento largo in senso stretto, è di somma importanza colla casistica alla mano allinearvi quei tumori, sulla genesi dei quali si dibattono gli istologi, la cui evoluzione è di preferenza intralegamentare. Il nodo della questione sta nella forma dell'epitelio cilindrico con o senza ciglia, donde le ghiandole per la sua introflessione nel cistoma ghlandolare; e il rivestimento delle papille nel cistoma-papillare, mentre i follicoli del parenchima ovarico sono tappezzati da epitelio pavimentoso e solo la superficie intraperitoneale della ghiandola è fornita da epitelio cilindrico breve.

Un anno prima che comparisse l'opera dell'Olshausen, Bradowscki-Virchow, *Arch. LXVI*, pag. 231 — studiò un caso di tumore bilaterale ovarico ad epitelio cilindrico fornito di ciglia, in cui le pareti di una grossa cisti erano coperte da masse papillari. In allora, egli si valse del caso per dimostrare non attendibile la teoria di Remak della normale evoluzione dei tessuti, e credette di dover ritenere che l'epitelio vibratile fosse derivato dall'epitelio germinale.

Ulteriormente il Fischel, in base all'embriogenesi e alle osservazioni esposte nell'*Arch. für Gyn. XV Bd*, fasc. II, venne a conchiudere che si devono derivare i cistomi ad epitelio vibratile dell'ovario, da elementi parovariali, cioè dalle cellule della membrana granulosa, non però dal cosidetto organo di Rosenmüller.

I tumori di questo genere, egli scrive (loc. cit.), sviluppansi interamente, tanto intraperitoneali come veri tumori ovarici, quanto l'evoluzione loro assai di frequente è intralegamentare, per l'origine loro in strettissimo rapporto coll'ilo della ghiandola; cosicchè egli (pag. 2181 c.) proporrebbe il nome di cistomi ad epitelio vibratile oppure di cistomi del parovario a differenziazione delle cisti semplici.

Il Feischlen (*Zür Pat. des ovar. Zeitsch für Gyn. VII Bd. H. II*), dallo studio dei cistomi che ebbe occasione di esaminare, riterrebbe che dalla introflessione dell'epitelio della superficie libera dell'ovajo e del suo lussureggiamento si generassero i cistomi ghiandolari e papillari della ghiandola; in parte accordandosi col Marchand, il quale dall'esame dei casi di Olshausen formula così la sua sintesi: dalle premesse considerazioni noi possiamo conchiudere che i cistomi papillari si generano dai follicoli di Graff e da forme analoghe, le quali probabilmente possono originarsi dall'epitelio superficiale della porzione laterale dell'ovario (*Beitr. z. Kent. der Ovar. Tumoren. Sep. Abd. aûs des abhandl. der Nat. Forsch. Geselsch.*).

In questo triplice terreno di origine si dibattono le diverse opinioni dei Ginecologhi, con quelle concessioni parziali per alcuni, e per altri con quell'entusiasmo ostinato che caratterizza quasi sempre le controversie scientifiche.

Rifacendomi ora all'Olshausen, il quale fu, per quanto mi sappia, il primo che richiamò l'attenzione sulla dubbia genesi dei cistomi papillari, riporto testualmente alcune sue righe, le quali ad onta degli studi successivi si può dire che restano immodificate (*Krank. d. Ovar.* § 58, pag. 50). « Nel maggior numero dei casi di cistomi contenenti papille non vi ha sostanziale differenza nè anatomica, nè clinica cogli ordinari cistomi ghiandolari; tuttavia si dà un genere di tumori cui indiscutibilmente appartiene una categoria a parte. Questi sono cistomi per eccellenza papillari e che anatomicamente e clinicamente si dipartono dal quadro dei cistomi comuni in maniera apprezzabile. Nella forma e struttura si contengono come gli altri, ma si differenziano per i seguenti caratteri. Nel maggior numero dei casi sono bilaterali, per lo più sono intralegamentari, cioè fra le lamine del legamento largo se non in *toto* per una parte assai considerevole del loro volume; mostrano in molti casi una certa tendenza a restar stazionari o a crescere assai lentamente; infine, e questo è l'argomento più forte per il quale si differenziano dai cistomi ordinari, sono rivestiti nella superficie interna a chiazze o in tutta l'estensione da epitelio a ciglia vibratili.

Ora, questo non incontrasi nell'ovario come tale, e la sua presenza fa quindi ammettere che l'origine di questi tumori sia da addebitarsi al parovario, i cui canaliculi sono rivestiti da epitelio vibratile. Certamente non è necessario che l'ovario sia sano, più o meno vicino al tumore, ed è naturale che anzi compartecipi per la circostanza che gli elementi del parovario non arrivano solo all'ilo della ghiandola, ma - Waldayer - giungono fino a interessare parte dell'ilo medesimo; cosicchè se nei tumori dell'ovario ad epitelio vibratile non si vuole ammettere un'origine eterologa, presentasi, come l'ipotesi più probabile, che la loro genesi si riferisca al parovario, mentre la ghiandola può atrofizzare o coinvolta nel processo a stadio avanzato non lasciar traccia di sè.... »

È giusto l'ammettere per il più dei casi, quali caratteri delle cisti del parovario la natura loro uniloculare, a superficie interna liscia a contenuto chiaro, trasparente, di basso peso specifico; ma tali attributi furono fino ad oggi troppo esclusivi e stabiliti troppo in assoluto per tutti i tumori del parovario; e forse per questo motivo molti tumori di tal natura vennero ritenuti per tumori ovarici. Passiamo a darne qualche esemplare:

Casuistica. — Nel gabinetto della Clinica ginecologica di Halle esiste un preparato, il quale ci offre un tumore che presenta i caratteri genuini della cisti del parovario, mentre per la qualità del contenuto è nè più nè meno che un cistoma.

Nel giugno 1876 l'Olshausen (l. c., p. 51) estirpò in una donna di 39 anni nubile un tumore, circa della grandezza di un utero a termine. All'estirpazione risultò tosto che il tumore non apparteneva all'ovario, che era del tutto normale e solo alquanto allungato sopra il tumore. La porzione mediana dell'ovario era stirata in fuori, le laterali normalmente convesse erano rivolte al neoplasma. Fra l'ovario e i confini ben marcati della neoformazione vi era uno spazio d'un centimetro e mezzo, sufficiente per distinguerli, non a rilevarne coll'occhio la separazione. L'asportazione dell'ovario non favorendo la formazione del peduncolo, venne in questo compresa solamente la porzione interna, e l'altra porzione lasciata.

All'esame del preparato, oltre i suaccennati rapporti, risultò che dalla sua superficie colla massima facilità si staccava la sottile lamina peritoneale. Sopra la parete, per una lunghezza di 25 centimetri, strettamente connessa stava la tromba, colle sue fimbrie distese; la fimbria ovarica era allungata per 10 cent., accanto alla massa maggiore ne esisteva una seconda della grandezza d'un pugno. La superficie interna della grossa cisti non offriva traccie di proliferazioni cistiche, in quella vece molto estese escrescenze papillari che a chiazze, della superficie di una palma di mano, la facevano rugosa; le escrescenze erano della lunghezza di tre millimetri. Il medesimo reperto dava la piccola cisti, solo le papille non ramificate erano più numerose (Vedi analogia col caso di Fischel: la clinica conferma di quanto abbiamo esposto).

Nelle papille di ambedue le cisti si riscontravano depositi calcarei della medesima specie dei psammomi. L'abbondante sviluppo papillare non comune a una cisti semplice del legamento largo concordava con un liquido ben denso, della quantità di 3250 grammi di massa torbida bruno-verdastra, appiccaticcio, del peso specifico di 1023. Al riscaldamento si coagulò in una massa bianco-splendente. Il microscopio presentò poche ematie, parte integre, parte raggrinzate; alcune cellule, grosse e rotonde, nessun elemento o frammento epiteliale normale.

Vediamo ora un esemplare di cistoma colloide del legamento largo di sinistra, che devo alla cortesia del chiar. prof. Peruzzi di Lugo (Nota del dott. Luigi Mazzotti, dissettore presso il laboratorio di anatomia patologica nella R. Università di Bologna, letta nella

seduta dell'11 ottobre 1879 della Società Medico-Chirurgica di Bologna. S. 6, V. III, fasc. gennaio 1879). L'anamnesi fu data dal dottor Luigi Medini chirurgo primario dell'Ospedale Maggiore.

Candi Adelaide di anni 45, campagnuola, senza precedenze, sgravatasi tre volte; a 42 anni, dopo l'ultimo parto, si soppressero i menstrui e comparve tumefazione dell'addome. Nel decorso triennio coll'aumento del ventre non ebbe che disturbi leggieri, riferibili al mitto e alla defecazione. Sette giorni dopo la sua entrata allo spedale, vennero vuotati 9200 grammi di liquido filante, di color caffè-chiaro; ebbe febbre per 20 giorni, dapprima continua, poi remittente. Il 10 febbraio 1878 si vuotò di nuovo, pungendo a destra, parte più elastica del tumore, mentre a sinistra era resistente, quasi solido. Il liquido estratto di 5600 grammi, era colloide, di color caffè. Terza paracentesi al 5 marzo, cui tenne dietro forma addominale grave. Si fece un'apertura spontanea dove avea forato il trequarti con uscita di pus fetidissimo. Morte per sepsi il 24 marzo 1878. L'addome presentavasi verde per iniziatasi putrefazione, risultava pieno e resistente nel suo quadrante inferiore di sinistra e per la metà interna di quello di destra. Teso in modo uniforme e ben delimitato il tumore dal legamento di Falloppio. Il foro del paracenterio a destra lasciava specillare un'ampia cavità. Per la vagina, il collo dell'utero si avvertiva duro e a destra, mentre al fornice di sinistra si sentiva un corpo solido e resistente. Aperta la cavità dell'addome, si presentò un tumore sferico del volume di una testa di fanciullo, di color verde scuro, con superficie discretamente liscia e di consistenza disuguale, che occupava la regione sottombelicale ed ipogastrica. Il peritoneo parietale era relativamente ingrossato, scabro e di colore scurissimo.

In corrispondenza dell'apertura di destra usciva un'icore che imbrattava i dintorni. Gli intestini erano portati in alto, la vescica ristretta al pube, l'utero spinto a destra ed in basso. Dilavato il ventre, tolte con cura le aderenze vennero asportati dal ventre tumore ed organi della pelvi. Il tumore si riconobbe del legamento largo di sinistra: ad esso aderiva la tromba, con cui non aveva che un rapporto di contiguità; questa era pervia. Il tumore era eziandio ben distinto dall'utero e dall'ovaja del lato corrispondente, alquanto più grande della norma e con piccoli cisti. Il tumore rotondeggiante era elastico, in senso trasversale misurava cent. 16; il diametro minore era di 10 cent., e sei di spessore.

Diviso a metà, scolava un liquido gelatinoso, di colore fra il grigio pallido e l'infuso di caffè. All'esterno il tumore presentava una zona dello spessore di circa due dita, scura, ineguale, gangrenata; mentre la parte centrale si vedeva formata di cavità sferiche,

irregolari, contenenti un liquido colloide. Questi cavi aveano volume diverso da una piccola mela a un capo di spillo, appena rilevabili ad occhio nudo; le pareti di queste cavità erano biancastre e dure. Il prof. Taruffi fece diagnosi di cistoma colloide del legamento largo di sinistra. All'esame microscopico dei sottili tagli del cistoma, induriti e colorati col picrocarmino, si rilevò la sua struttura di uno stroma connettivale a piccole cavità. Lo stroma era a cellule fusiformi e stellate in alcuni punti e in altri a fasci di fibre strettamente addensate. Forse fibre muscolari. Il contenuto delle cavità più grandi, che erano sferiche, era di una sostanza amorfa trasparente, con qualche granulazione in cui si distinguevano appena alcune rare cellule.

Le cavità minori tendevano più o meno marcatamente alla forma allungata ricordando tubi ghiandolari, ed erano tutte rivestite di un bell'epitelio cilindrico. Queste cavità tubuliformi mostravano il loro fondo cieco, unico oppure bipartito; in altri luoghi i tubuli sembravano divenire otricoli; l'allargarsi di alcune cavità contigue combinava coll'assottigliamento delle tramezze, la scomparsa delle quali faceva di due o più cavità una sola, nel qual caso l'epitelio di rivestimento perdeva la sua forma, riducendosi a detrito amorfo e granuloso che, come sopra è notato, costituiva il contenuto delle cavità maggiore.

La neoformazione d'indole epiteliale apparteneva adunque agli adeno-cistomi. Il Taruffi designò, in questo caso, come punto di origine del tumore il parovario.

Come è stato accennato per le papille, così vedremo in appresso che anche le pareti del cistome vanno incontro alla infiltrazione calcarea. Un esemplare di un tumore di tal genere lo troviamo riportato nella *Rivista Clinica* di Bologna, nn. 4 e 5, aprile e maggio 1871. Che sia proprio un esemplare modello, lo prova il titolo: « Cisti ossea del parovario sinistro », con cui i professori Concato e Taruffi nominarono il tumore. Esso apparteneva a una donna di 56 anni, che decesse nella Clinica del prof. Concato il 12 dicembre 1870, tre mesi dopo di esservi stata accolta. Ecco il « sunto » della necroscopia e il risultato degli studii sul tumore colle parole del prof. Taruffi.

« Addome - Grande omento disteso sui tenui e saldato al peritoneo parietale della fossa iliaca; lo stretto superiore del piccolo bacino otturato da un corpo globoso, soprastante di parecchi cent. alla linea innominata, immobile perchè saldato tenacemente alle pareti ossee circostanti, pube ed ossa iliache, onde non c'è via a insinuare le dita fra queste parti, nè si vedono nemmanco traccie dei visceri intrapelvici. Ingrossamento ed ispessimento della capsula

glissoniana alla parte posteriore del margine epatico destro con saldamento alla parete addominale; sul margine anteriore destro sotto il peritoneo, con spostamento della massa epatica esiste un focolaio con residui infiammatori-fibrina e materia colorante — ingrossamento della capsula della milza e sua congiunzione col peritoneo diaframmatico.

Ipermucosità della mucosa dello stomaco-tenui assottigliati — crassi, più stretti, ma normali — la cute pallida di cera, generalmente infiltrata di siero; oligoemia generale e sangue rosso ma sbiadito molto; tiroidea voluminosa più del consueto; vecchie aderenze costo-polmonari a sinistra; infiltrazione sierosa interstiziale non totale dei polmoni; leggere tacche di ateromasia aortica, in particolare nel tratto discendente.

Venne rimesso al professor Taruffi il pezzo anatomico comprendente l'utero, le sue appendici, la vagina e l'intestino retto. Ecco il resoconto di esame: « L'utero sano normalmente costituito; il corpo del medesimo ha una forma globosa, lungo 3 centimetri e $^1/_2$, il collo lungo 3 centimetri, l'ovaio destro aderente alla parete posteriore dell'utero mediante antiche e solide briglie è molle, di color roseo con molteplici solchi cicatriziali. La tromba Faloppiana dello stesso lato descrive alcune curve molto pronunziate e si perde nella spessezza del legamento largo, il quale essendo retratto su sè stesso è brevissimo. Dal margine sinistro dell'utero parte il legamento corrispondente nel modo ordinario, il quale esaminato dal lato anteriore si vede ricoperto superiormente ed inferiormente da alcune neomembrane sottili che l'accompagnano nella sua espansione; ma alla distanza di due centimetri, il medesimo viene sollevato da un grosso tumore il quale osservato da ogni lato si riconosce aver sede fra le due lamine peritoneali costituenti il suddetto legamento.

Il tumore ha una forma sferoide; alquanto schiacciata dallo avanti allo indietro; il suo diametro maggiore rispetto all'utero, supposto in posizione normale, forma quasi un angolo retto ed ha la lunghezza di 12 centimetri. La superficie di questo tumore si presenta ineguale, con grossi bernocoli specialmente dal lato esterno. Il diametro minore perpendicolare al primo misura 9 centimetri, la maggior circonferenza 31 centimetri.

In ogni parte la superficie offre una resistenza solida, identica a quello di un osso; è dessa ricoperta da una membrana liscia e splendente, continuazione del peritoneo, eccetto alcune porzioni della medesima, in cui hanno inserzione neomembrane e briglie, le quali probabilmente aderivano col loro estremo opposto agli organi circostanti.

La sierosa suddetta involgente, presenta inoltre dal lato superiore del tumore un gruppo di piccole cisti fluttuanti e trasparenti,

ed alquanto più esternamente ed anteriormente una piccola cisti unica trasparentissima parimenti fluttuante. Sulla superficie posteriore del tumore si trova l'ovaja sinistra lassamente aderente al medesimo, mediante la lamina peritoneale che lo ricopre.

L'ovaia è molto allungata e ad un tempo assottigliata con un parenchima molle, roseo uniformemente, senza cicatrici. La tromba sinistra si porta invece sul lato anteriore del tumore e si perde insensibilmente sotto la sierosa. Segato il tumore dallo esterno verso l'interno, cioè verso l'utero, si rinvenne che desso era cavo contenente una porzione di fluido lattiginoso con punti splendenti ed inoltre con precipitato rossastro molto molle. Tolta questa sostanza, si riconobbe che la cavità era ampia e ripeteva la figura esteriore del tumore, offrendo inoltre delle digitazioni, a guisa degli ossi parietali, corrispondenti alle gibbosità.

Esaminata allora la parete di questa cavità si trovò che dessa avea in media lo spessore di 4 mm. e che dal lato esterno, al disotto della sierosa esisteva manifestamente uno strato denso di tessuto congiuntivo il quale aderiva strettamente alla superficie del tumore, ne riempiva i vani interposti ai bernocoli e costituiva lo involucro immediato della neoformazione. Al disotto di questo involucro trovasi una sostanza dura giallognola splendente senza struttura, di consistenza identica all'osso, la quale, come allo esterno formava una superficie ondulata e con bernoccoli, così allo interno presentava degli incavi corrispondenti alle gibbosità sopranotate, per cui la medesima sostanza avea un andamento evidentemente serpegginoso. Ma, come allo esterno un tessuto compatto diminuiva la sinuosità, altrettanto accadeva al lato interno ove trovavasi un tessuto identico che costituiva un rivestimento tutto continuo, modificato ad ogni tratto nel suo spessore. Finalmente questo stesso rivestimento del lato interno era ricoperto da una membrana fibrosa a più strati, uniforme, levigata, umida e grossa poco più della pleura costale, facilmente distaccabile dal suddetto rivestimento, senza alcuna reliquia di epitelio. — L'esame microscopico tanto del liquido lattiginoso quanto del precipitato mostrò un numero straordinario di granulazioni splendenti e di cristalli di colestearina. L'esame microscopico della sostanza dura costituente la parete del tumore non permise di riconoscere alcun corpuscolo osseo, ma soltanto della sostanza calcificata; trattando poi la detta sostanza con una soluzione di acido cloridrico non rimaneva che una pallida sostanza amorfa ».

Il professor Taruffi nelle sue conclusioni sarebbe stato condotto ad ammettere una cisti dermoide che abbia subito la calcificazione delle sue pareti.

Sul caso, trova posto un' altra considerazione che può influire molto e modificare il giudizio, che cioè non si riscontrò nulla nella cavità che deponesse senz'altro per una cisti dermoide, ma granuli splendenti, colestearina (*V R* il caso di Olshausen), solamente, che sono ritenuti dal Taruffi stesso per residui epiteliali; noi abbiamo esempi di precocissima calcificazione delle papille e anche, per lo più parziale, delle pareti dei cistomi; anzi questo fatto, come vedremo nella parte clinica, è caratteristico di questa specie di tumori. In questo caso la calcificazione avrebbe colpito lo strato medio e in un modo veramente mirabile avressimo avuto una forma di guarigione spontanea.

Io riportai in coda agli altri due, questo terzo caso, quale raro esempio di calcificazione totale e perchè appoggiato in parte ad alcuni argomenti del professor Taruffi, e per il sovraesposto ritengo si sia trattato di un vero cistoma e molto probabilmente papillare siccome quelli che meglio degli altri, anzi di preferenza sono invasi dalla infiltrazione calcare.

I tre casi suesposti erano di pertinenza incontrastata del legamento largo; e gli altri organi della pelvi, integri o quasi, stavano direi quasi a testimoniare la nessuna ingerenza loro nella forma morbosa.

Passiamo ora ad un caso dell'Olshausen trascelto tra i molti in cui spiccano le note caratteristiche date da lui per quei tumori intralegamentari più o meno, che meritano di essere con quelli del legamento largo pertrattati perchè avrebbero con essi, con ogni probabilità, matrice comune.

Il soggetto è una donna di 30 anni. (V. Berl. Woch. schr. 1876 N. 1. 6° caso) che aveva nel suo ventre un tumore il quale arrivava fino all'ombellico e a destra di questo un secondo più piccolo separato dal maggiore da un solco. Nel solco si avvertiva manifestamente la presenza di liquido libero, che in quattro settimane scomparve interamente. Si ritenne che il liquido fosse proveniente da una cisti e che il tumore fosse bilaterale, poichè ai movimenti impressi alla massa maggiore l'altra vi compartecipava. Eseguita l'ovariotomia nel 6 giugno 1873, non si trovò traccia di versamento libero, nè di adesioni del tumore coi dintorni. Venne vuotato colla puntura di 3 cavità il grosso tumore. Ambedue erano indovati fra le pagine dei legamenti larghi, i quali erano interamente occupati e sdoppiati, cosicchè ambedue i tumori, e non poteva essere altrimenti, erano in strettissimo nesso coll' utero e si approfondavano fino a raggiungere il fornice vaginale. Il peritoneo verso il piccolo bacino mostravasi intensamente rosso, non presentava nè raccolta di liquido nè cicatrici, era però ruvido per iniziale pro-

duzione papillare. L'operata morì in quindicesima giornata, tanto disastrosa fu l'asportazione dei due tumori coll'utero all'altezza dei fornici vaginali. All'autopsia risultò che i due tumori non giungevano solamente al fondo del bacino, ma con molti loculamenti si spingevano sotto tutto il peritoneo della pelvi; segmenti di tumore arrivavano oltre il terzo inferiore della vagina, fino in vicinanza dell'ano.

Ed ora sommariamente diamo alcuni esempi di casi analoghi tolti dalla letteratura, per quanto essa fu alla nostra portata.

Un secondo caso appartiene pure all'Olshausen, l. c. pag 55.

Donna di 32 anni nubile che presentava sofferenze addominali da 3 anni. Nel ventre si aveva una discreta quantità di liquido libero il quale dopo 3 paracentesi rapidamente si rinnovò sempre più accentuandosi per i suoi caratteri colloidei; alla laparotomia dopo il vuotamento di abbondante liquido dell'istessa natura si presentarono due tumori della grandezza di oltre un pugno di adulto, le cui pareti erano state perforate da numerose papille rosso-grigiastre; per l'impossibilità di ottenere un peduncolo, si pose un drenaggio, attraverso il quale lussureggiarono le masse papillomatose, che vennero più volte raschiate.

Seguita la morte per esaurimento, all'autopsia si constatò che i tumori, in gran parte icorosi, giacevano profondamente nei legamenti larghi, e constavano di alcune cavità cistiche non suppurate, ancor chiuse, le più profonde contenevano liquido colloide e abbondante produzione papillare.

Spiegelberg - Monatschrif. f. Geb. K. XIV 1859, pag. 101 - trattò un'ammalata di 29 anni con un ventre così voluminoso da dare dispnea meccanica, colla paracentesi vuotando 23 litri di liquido verde-chiaro ricco di albume. Nel fondo del vaso si aveano cellule epiteliali in degenerazione grassosa.

Dopo il vuotamento, nel quadrante inferiore di sinistra avvertì una resistenza data da un corpo appiattito, cosicchè venne supposto che non si trattasse di tumore unicolare e dopo 7 settimane essendosi rapidamente rinnovato il liquido venne praticata la laparotomia. Si staccò la supposta parete cistica, totalmente aderente, che si presentava assai sottile e che alla fine venne ritenuta per peritoneo. Si vuotarono 3 secchie di liquido e si chiuse la ferita addominale persuasi di aver avuto a che fare con raccolta libera. Nei successivi 4 anni e mezzo la paziente venne paracentizzata 16 volte. Alla dodicesima si rilevò un tumore della grandezza di una testa di infante e lateralmente un secondo più piccolo, ambedue mobili e dolenti. Dopo, nelle successive paracentesi si ebbe un liquido sanguinolento commisto a pus; seguì la morte per collapso circa 6 anni

dopo l'iniziarsi delle sofferenze. L'autopsia dimostrò l'esistenza di una grande cisti che riempiva tutta la cavità addominale cui era colla sua parete in *toto* adesa ed arrivava superiormente fino alla terza costa. Intestina e fegato ricacciati in alto erano coperti da essudato purulento. La superficie interna della cisti era qua e là chiazzata da papille.

In oltre un grosso tumore protendeva nella enorme sacca, della grandezza di una testa di adulto; il segmento endocistico era coperto da masse papillari a sottile peduncolo e di colore bianco-rossastro.

Il tumore consisteva di cavità della grandezza di una nocciuola a una mela e più. Non esisteva traccia nè di trombe nè di ovarii, quando come residui di questi ultimi non si avessero voluto ritenere due espansioni fibrose fornite di trabecole cistiche, le quali si trovavano poste fra le faccie laterali dell'utero, della vescica e le pareti della cisti maggiore. L'interessantissimo caso clinico non è dei più chiari, però è assai probabile l'origine bilaterale è intralegamentare dell'affezione. Il reperto istologico fu tal quale noi l'abbiamo veduto negli altri casi, solo le papille aveano proliferazioni laterali così ramificate che rassomigliavano alle masse villose del corion.

Il rivestimento era di epitelio cilindrico che si staccava facilmente ed era fornito di grosse e lunghe ciglia.

Le papille di giovane tessuto connettivo erano alcune fornite di una sottile ansa vascolare; portavano concrezioni calcarei che si dissolvevano coll'acido cloridrico.

Olshausen alla descrizione di Spiegelberg aggiunge, che le parti di tumore che si spingevano fra i lati dell'utero e della vescica, contenevano fibro-cellule muscolari, le quali facilmente si spiegano come elementi normali del legamento largo.

Una cisti che risiedeva sopra la milza conteneva pure lussureggiamenti papillari rivestiti dello stesso epitelio; s'aggiungeva idronefrosi bilaterale.

Beigel - Wirchov. Arch. Bd. 45 - 1669, pag. 103 - riporta un caso analogo con infezione papillare del peritoneo, pure complicato ad idronefrosi.

Baker Brown ebbe una paziente alla quale 9 anni prima avea estirpati tutti e due gli ovari; 19 mesi dopo il ventre si tumefò e nei 7 anni successivi si praticò la paracentesi 16 volte; ogni volta si vuotavano oltre 10 litri di un liquido denso-brunastro. Nella regione ipogastrica scoprì un tumore duro della grandezza di una testa di un infante. Alla laparotomia si trovò la neoplasia rotondeggiante che non avea nessuna relazione coll'utero, nè presentava peduncolo e sembrava originarsi dalla fascia pelvis di sinistra. Dietro l'utero vi era una cisti della grandezza di un pugno; nei maneggi si ebbe

una grave emorragia, mal frenata dai mezzi di cui disponevasi; all'epigastrio altre cisti in corrispondenza del colon trasverso. Ambedue le ovaje asportate 9 anni prima, erano state cistomi papillari. All'autopsia, seguita la morte per anemia acuta, se ne constatò la mancanza; si rilevò idronefrosi a sinistra dove poggiava il grosso tumore. Questo constava di cisti più o meno piccole, ricche allo interno di germogli papillari ramificati, come pure allo esterno. Le pareti del cistoma erano di fibre sottili di connettivo. La superficie interna portava *epitelio poligonale pavimentoso;* le papille erano rivestite da epitelio cilindrico vibratile; in esse si aveano le concrezioni calcari come nel caso dello Spiegelberg. L'idronefrosi meccanica si spiega riportando l'origine del tumore al legamento largo. Questo caso è degno di rimarco per lo sviluppo di cisti secondarie nel peritoneo. – Klebs, path. Anat. 44 pag. 808 – annovera questo contributo anat. patog., fra i carcinomi papillari, per il solo motivo della recidiva dopo la prima estirpazione.

In un altro caso di Hegar – Zur Ovariot. Clin. Bor. N. 109, 1877. – Caso 11 – si trattò di un cistoma papillare bilaterale, il quale presentò di particolare all'autore il fatto che dalla paracentesi del tumore più piccolo si vuotò una tal quantità di piccole cellule cilindriche, quale non era stato da alcuno notato per tal genere di tumori. In questo caso l'evoluzione non era stata intralegamentare, lo che non esclude la sua origine da elementi perovariali giusta le conclusioni di Olshausen e Fischel.

Senza approffittare di molti altri casi di cui va ricca la letteratura, quelli esposti mi sembrano sufficienti per persuadersi che, se ad evoluzione avanzata è assai difficile un orientamento e lo stabilire il vero punto di origine, quanto venne da noi premesso ci serve di filo d'Ariana per ispiegarci come questi tumori ci presentino delle graduazioni di una medesima forma morbosa, di cui la parte essenziale spetta all'elemento epiteliale, *e dove questo si trova* può dare tali produzioni, dalle cisti a contenuto tenue trasparentissimo, alle forme maligne per eccellenza, e che, senza entrare in disquisizioni istologiche le quali non sono di nostra competenza, basati alla clinica, dobbiamo riferire fino a prova in contrario, l'origine di tumori epiteliali a cellule cilindriche fornite di ciglia dove normalmente esistono; e nei punti oscuri, tenendo conto delle acutissime ipotesi, attendiamo nuovi lumi dal progresso scientifico. Veniamo ora alla parte clinica che per l'indole delle neoformazioni non può essere punto circoscritta.

Anatomia patologica. — I cistomi, sia ghiandolari puri, i più frequenti, sia papillari, assai più rari e d'indole loro ben più ma-

ligna, si incontrano prevalentemente misti e numerosi sono i casi in cui tal forma presentasi bilaterale. L'apparenza esterna di tali tumori offre d'ordinario una forma irregolare con bozze più o meno accentuate, offre un colorito bianco-perlaceo o giallastro che può arrivare al bruno rossastro per ricchezza dei vasi o infiltrazioni di ematoidina.

Alcune volte sono regolarissime produzioni di forma sferica, che da microscopico volume arrivano a superare un utero gravido. La loro frequente bilateralità fece sì che alcuni operatori di fronte ad un tumore unilaterale si credettero autorizzati ad asportare anche l'ovario dell'altro lato apparentemente sano, sia per farne degli studi, sia per garantire ulteriormente il malato. Che, se stante le nuove vedute sull'esteso terreno di origine di tali neoformazioni, sembrerebbe tal cautela insufficiente, egli è certo che sopprimere una grossa fonte di nutrizione nella spermatica, può influire benefica-mente in via profilattica. Abbiamo veduto che l'origine di tali tumori può esser devoluta all'ovario, parovario, legamenti larghi in punti diversi e in differente estensione; spesso si svolgono profondamente nel cavo pelvico, sotto-peritoneale, al fondo del bacino, fra le maglie del congiuntivo lasso dei dintorni dell'utero, vagina, retto, vescica con una direzione definita dal *locus minoris resistentiæ;* alcune volte con fortissimi, inseparabili concrescimenti. La superficie esterna dei cistomi estirpati presentarono un tratto più o meno lungo di tromba, le ovaje o concresciute o comprese, stirate, raggrinzate, scomparse; spesso lussureggiamenti papillari e conglomerati di piccole cisti, rappresentarono delle masse quasi solide, le cisti maggiori erano più o meno distinte dal resto. Nei tumori di cospicuo volume si possono incontrare complicazioni secondarie, delle quali le precipue date da adesioni in seguito a peritoniti sub-acute colle loro conseguenze a carico degli organi colpiti. Alla dissezione di questi tumori s'incontra d'ordinario una cisti maggiore e d'accanto le masse di cisti più piccole formate tutte da una compage connettivale lacerabile o stipata, sottile oppure assai grossa.

Il liquido e materiale contenuto, di peso specifico assai diverso, riempie più o meno, sia la cisti massima, come le altre che di solito presentano l'aspetto di un alveare, e l'endotensione può esser tale che al palpamento si creda di aver da fare con tumori del tutto solidi; la capsula connettivale della neoformazione è d'ordinario grossa e resistente, però quasi mai uniforme; con una certa forza si lascia dividere in 2 o 3 strati che ad occhio nudo si possono riconoscere come sovrasposti. Il rivestimento esterno può esser dato in *toto* od in parte dal peritoneo normale o ingrossato quando s'associarono forme flogistiche.

Clinicamente si differenziano tumori uniloculari, moltiloculari, poliloculari, e i primi sono d'ordinario forme terminali per la successiva distruzione dei sepimenti. In alcuni la massa maggiore è di forma ghiandolare, mentre la superficie esterna può presentare papille più o meno sviluppate; oppure queste si possono osservare in una piccola cisti, così come in una chiazza circoscritta dall'interno di una cisti maggiore nel rimanente del tutto liscia o con introflessioni ghiandolari.

Tumori di considerevole grandezza si presentarono così zeppi di papille da meritare il nome di tumori solidi. Schröder - Spiegelberg e altri. Incidendo una di queste cisti possono fuori uscire dall'apertura papilloni giallo-biancastri, di forma e apparenza diversa, edematosi o rosso scuri per ristagno venoso; a masse uniformi o a grappolo o a conglomerati poliposi nerastri per le avvenute emorragie capillari. Il tutto da una sensazione vellutata nelle produzioni iniziali, ruvida ulteriormente - Olshausen - Beigel.

Le papille possono essere filiformi e possono terminare a capocchia, perfino di una grandezza di ciliegia - Beigel - possono essere uniche o ramificate da dare un aspetto dentritico.

Nelle forme ghiandolari il reperto è assai uniforme, nei piccoli vani, forme tubulari; successivamente prevale la forma sferica; il contenuto è dovuto al detrito e a degenerazione grassa degli epiteli. La calcificazione predilige le forme papillari, però con nessuna regola ed uniformità. Un aspetto caratteristico guadagnano i cistomi papillari in seguito alla perforazione, spesso osservata, della parete della cisti; avvengano lussureggiamenti, diffusioni e ulteriormente trapianti. La cisti, da questo fuoriuscire dei papilloni, può esserne del tutto arrovesciata - Schröder - e dar l'apparenza del Cavol-fiore di Clark. Se la calcificazione è diffusa ottiensi un aspetto granuloso bianco-splendente speciale.

Si incontrano spesso focolai di degenerazione grassosa che possono interessare più o meno profondamente le pareti, otturamenti di vasi colle loro sequele di infarti e di parziali atrofie, mortificazioni. Anche la parete può infiltrarsi di principi calcarei; possiamo avere isolamenti, decoloramenti, appiattimenti di conglomerati cistici, lo che si osserva prevalentemente nella parte ghiandolare del tumore, di quello chè nella papillare. Le ulteriori degenerazioni possono dare forma ben più complessa. Vennero osservati cistomi complicati a cisti dermoidi, a masse caseose, a cancroidi, a carcinomi-carcinoma papillare - Spencer Wels - a sarcoma metastatico.

Morfologia. — Caratteri Chimici e fisici del contenuto. — In generale il contenuto è colloide, gelatinoso, bianco-giallastro, ap-

piccaticcio, denso da dividersi col tagliente, con elevatissimo peso specifico - 1055 - Eichwald - e questo sarebbe tenuto per caratteristico dei cistomi ghiandolari.

Il contenuto dei cistomi papillari risultò spesso di reazione leggermente alcalina o neutra; filante ma non colloide, molto torbido, nerastro come l'inchiostro o del color dell'oliva dovuto alle diverse metamorfosi del sangue evasato. Il liquido avrebbe un peso specifico più basso — 1020 —.

Ben più importante è il riscontro morfologico, al quale è dovuto l'intorbidamento del liquido e la densità sua nei cistomi ghiandolari; il contenuto colla filtrazione rischiara e divien tenue. Questo risulta da cristalli di colestearina, più di rado di ematoidina, detrito granulare epitelio grassoso, globuli di grasso; gli elementi epiteliali si riscontrano piatti cubici e cilindrici con o senza ciglia e mostransi talvolta caliciformi. L'epitelio rigonfio presenta uno o più nuclei. Nelle forme miste si osservano degenerazioni colloidi degli elementi. Nelle forme ghiandolari, che rappresentano il numero maggiore, prevalgono le cellule epiteliali cubiche e le cellule delle introflessioni tubulari hanno un aspetto jalino per la degenerazione colloide cui vanno prevalentemente incontro.

Egli è certo che si deve ammettere che in questi tumori avvengono successivamente in catena tutte le metamorfosi regressive degli albuminoidi e che noi non possiamo contare sopra un reperto costante.

Mentre negli adeno cistomi prevale l' elemento secretivo cui si commescono i residui dell'epitelio che si stacca e ne risulta un'assieme di sostanza mixoide e colloide, nel cistoma papillare dove l'epitelio lussureggia con grande energia, prevale l' elemento iperplastico che possiede una resistenza maggiore e quindi ha una tendenza maggiore alla degenerazione grassa in confronto della colloide.

La deposizione calcarea nelle papille e nelle pareti cistiche consistono in prevalenza di carbonato di calce mescolato con piccole quantità di fosfato di calce - Coblenz.

Istologia. — Il risultato più importante dell' esame miscroscopico per le produzioni papillari sta nel fatto, che rappresentano patologiche neoformazioni che si svolgono per proprio conto da un fondo normale riccamente vascolarizzato con neoformazione vascolare propria, mentre nelle forme ghiandolari abbiamo la neoformazione adeno-cistica.

Il connettivo fibrillare di cui constano le papille presenta uno spessore diverso; e una resistenza diversa l'elemento fibrocellulare, cosicchè vi ha una tendenza più o meno marcata alla forma fibrosa,

mixoide o fibrosarcomatosa, però sarebbe caratteristico il fatto che non mostrano nessuna inclinazione - Olshausen - a fornire germi per l'evoluzione di altri tumori della famiglia dei sarcomi; mentre le papille rivelano con costanza l'indole loro di ripetersi in masse più o meno ramificate presentando un aspetto grossolano vario, ma in cui il tipo primo si mantiene immutato.

Le pareti proprie del cistoma si lasciano dividere ordinariamente in 3 strati, l'interno molto colorato ricco di vasi d'onde si svolgono le papille oppure si introflettono i tubuli, che ha i caratteri di una mucosa e Klebs paragona alla struttura della mucosa dello stomaco. Un secondo strato di connettivo lasso meno ricco di vasi e lo strato esterno fibroso e povero di vasi con un rivestimento peritoneale più o meno completo.

Lo strato di mezzo d'ordinario in quantità molto oscillante contiene fibre muscolari lisce, che però solo difficilmente è dato sempre di rinvenire.

Per la Istiogenesi e la etiologia, a quello ripetutamente esposto nulla resta da aggiungere a meno di entrare da una parte nei dibattimenti istologici e di aggiungere dall' altra altri momenti ipotetici e che noi abbiamo altrove sinteticamente raccolti. Nei rapporti procentuali di frequenza non si hanno dati nemmeno approssimativamente attendibili. Il primo posto spetta alle cisti semplici quindi si allinea la forma ghiandolare, la mista e da ultimo la forma papillare.

Decorso. — Dagli esempi da noi premessi abbiamo veduto come il decorso di questa forma di tumori possa essere di anni.

Una differenza capitale fra l'adeno-cistoma e il papillo-cistoma nei casi in cui questi si incontrano soli e in quelli in cui si ha la prevalenza di una forma sull'altra sta nel fatto che *l' adenocistoma si svolge assai lentamente mentre più rapida e più funesta è l'evoluzione del cistoma papillare.*

Per l'adeno-cistoma sarà il suo aumento graduale quello che clinicamente darà la sintomatologia dovuta per massima in parte ai fenomeni di indole meccanica. Per il cistoma papillare prevalgono e potranno accentuarsi assai per tempo le sintomatologie legate al contegno delle produzioni papillari.

Per le evoluzioni intralegamentari meglio che per quelle intraperitoneali il periodo iniziale può decorrere non avvertito. La sterilità, l'isteria, la stitichezza, la disuria, così come forme nevralgiche locali e a distanza, possono annunciarsi con intensità diversa. Quindi questi sintomi possono guadagnare tutti i caratteri di una individualità morbosa e venir trattati come malattie primarie con

poco o nessun vantaggio dei soggetti. Che si possa far sempre assegnamento Clinico sopra quelle alterazioni profonde di indole secondaria, subordinate allo svolgersi della neoformazione e che per conto loro preparano un esito, credo di no, almeno è da tenersi in una giusta riserva. Di vero io ricordo di una donna di 50 anni in cui il professor Weinlechner di Vienna praticò la laparotomia per enorme tumore che avea i caratteri di tumor solido per massima parte e il cui rivestimento peritoneale intatto, deponeva per la sua origine nel legamento. Le sue sofferenze erano si può dir nulla, se si eccettui il senso di peso, poichè il volume della neoplasia era di un utero con parto gemello a termine e con feti perfettamente sviluppati. Non poteva mangiar molto, ma digeriva discretamente, nè si lagnava punto. Ascese ella stessa sorridendo sul letto di operazione. L'atto fu dei più indaginosi per i concrescimenti insuperabili. Alla autopsia, alla dilatazione cospicua degli ureteri corrispondeva idronefrosi bilaterale, che aveva distrutto a destra interamente il parenchima e a sinistra ne esisteva una piccola parte e non del tutto integro. Non posso riportare la data dell' esistenza di quell' immenso tumore poichè la donna poco o nulla soffrendo non sapeva nemmeno approssimativamente renderne conto. Il tumore era un adeno-cistoma in degenerazione sarcomatosa.

A. Zambello di anni 50 di S. Pietro Engù, robustissima fittavola senza precedenze, madre di quattro figli sani, da moltissimi anni si lagnava sempre al ventre specialmente a sinistra. Alla fine della state dell'83 venne colta da metrorragia violenta, e nel settembre da forma colica gravissima. Soprachiamato a visitarla il 26, 6, 84, la trovai assai dimagrita, avendola io conosciuta in passato, e presentava proprio la *facies ovarica*. Il suo ventre alquanto tumido era più espanso nei quadranti inferiori. Sotto le sottili pareti si disegnavano le anse intestinali che si contraevano e sembravano come fissate, poichè il loro movimento peristaltico ripetevasi sempre sopra la medesima superficie. Al palpamento riscontrai due masse, una maggiore del volume di una testa di adulto a sinistra, una più piccola a destra; esisteva un solco tra loro largo ma non completo, chè in basso vi era un istmo a cordone irregolare. La superficie dei tumori era ineguale e di sotto le sottili pareti si avvertivano dei bitorzoli irregolarmente estesi; masse coi medesimi caratteri si avvertivano qua e là nell'addome; la escursione respiratoria dava un attrito che percepivasi a distanza; più, la mano avvertiva l'interna superficie assai ruvida ed ineguale. Esisteva prolasso vaginale anteriore e l'utero di poco più grande del normale era retroflesso e fissato. Non esisteva liquido libero o almeno in quantità cospicua da potersi riconoscere. Feci diagnosi di cistoma papillare bilaterale con infezione

successiva del peritoneo. Morì qualche mese dopo e non ottenni la necroscopia.

In tante storie di tumori consimili sfogliate, e nelle ammalate visitate e interrogate con cura, non mi venne fatto di raccogliere un sintomo costante, per il quale fossero contraddistinti i varii periodi della malattia, ma piuttosto mi risultarono le più aperte contraddizioni nella sintomatologia dell'una in confronto di quella di un'altra paziente. Per le cisti semplici del legamento si constatò la guarigione colla semplice puntura.

In un caso di cisti, molto probabilmente del legamento largo, in una ragazza ricoverata allo spedale di Vicenza, di Montorso, avvenne il rapido decrescere spontaneo della cisti, tanto da poterlo giornalmente apprezzare, nè credo addebitabile il miglioramento alle pillole di Bland, che essa assumeva. Ma per i cistomi ghiandolari e meno i papillari sopra un tal fortunato avvenimento non è da sperarsi. Per i cistomi ghiandolari, dice il Coblenz che vennero registrati casi certi di guarigione spontanea (noto che la sua monografia è improntata a estesissima letteratura). *Zeitschrf. f. Gyn. VII. Bd. II H.*, pag. 36 (Vedi retro il caso Concato-Taruffi) per i cistomi adeno-papillari, egli aggiunge: in nessun luogo è dato di poterne trovare un esempio. L'arresto del tumore, la sua atrofia, la degenerazione grassa, il riassorbimento sono le vie per le quali questa potrebbe avvenire, nonchè per la via della calcificazione; ad ogni modo la guarigione dovrebbe riposare sulla perduta attività dell'elemento epiteliale, sia per compressione, sia per la soppressione della corrente nutritizia, sia, secondo Klebs, per forma caterrale che potrebbe anche essere di natura riflessa... ma pur troppo sono possibilità molto teoriche.

L'ascite che spesso si incontra, può essere attiva e passiva; questa si incontra nelle forme ghiandolari di preferenza per inceppo circolatorio da compressione; quella nei papillari, e spesso assai per tempo, dovuta ad irritazione diretta del peritoneo; il fatto che molte volte avvenne di incontrare liquido libero in quantità considerevole cogli identici caratteri del liquido cistico fa ammettere la rottura, la estroflessione dell'interna superficie cistica, e alla sua attività secretiva il comparteciparvi della vastissima superficie sierosa peritoneale. *Ad ogni evenienza di abbondante ascite con piccolo tumore, noi dovremo pensare alla forma papillare.* Qual criterio generico, la presenza dell'ascite e più la sua precocità depone per la malignità dell'affezione. Per la forma papillare un avvenimento che cambia la fisonomia del decorso è la frequente rottura delle pareti della cisti, di rado determinata da trauma, più spesso dovuta ad usura, alla tendenza delle escrescenze di tentare l'uscita dalle pareti che le contengono.

Tal fatto può essere seguìto da peritonite iperacuta, con esito letale oppure, nel caso che il contenuto non fosse che di natura irritativa, da violento peritonismo, come lo chiama il chiar. prof. De-Giovanni, con riassorbimento spesso assai rapido del contenuto cistico stravasato e contemporanea diacrisi intestinale, la quale può ripetersi ad ogni nuova rottura e corrispondere ad una apprezzabile diminuzione del tumore. Il peritonismo dell'illustre internista è la peritonite diffusa, non infettiva, dello Schröder; il Clinico intravvide quello che il Ginecologo potè provare.

La perforazione delle pareti della cisti per parte delle papille può causare una fistola cisto-endo-addominale col lussureggiamento ulteriore dei papillomi, e le sequele di una evoluzione maligno. Nel medesimo modo il retto, la vescica, la vagina, le pareti addominali stesse possono diventare breccia alla neoformazione. Questo fatto si accompagna a suppurazioni esaurienti, per flogosi delle pareti interne del neoplasma che preparano la catastrofe per sepsi, la quale può essere ritardata colle cautele antisettiche - Lister -; e coll'estirpazione del tumore *in toto* e possibilmente delle sue propaggini, escidendo la porzione di peritoneo infetta - Schröder, Freünd - può essere radicalmente vinta.

Un altro avvenimento che occorre nel decorso di questi tumori, sono le emorragie intracistiche, prevalentemente nelle forme papillari dovuto alla ricca vascolarizzazione, a ristagni per causa meccanica, a traumi accidentali o chirurgici. Ne può seguire anemia acuta nel soggetto, la quale servì in qualche caso da elemento diagnostico - Spencer Wels - e da indicazione per l'operazione di urgenza colla salvezza della paziente - Vitthire. - Il generalizzarsi della forma può avvenire per continuità, per metastasi e per degenerazione. Gli organi del ventre possono esser tutti terreno di trapianto, e dopo apparenti operazioni radicali prepareranno la recidiva.

Mentre nel cistoma ghiandolare abbiamo le forme degenerative nel papillare, osserviamo nell'evoluzione sua delle modifiche, ma sempre di identica natura; infatti abbiamo la trasformazione delle arborescenze papillari in adenoma a cellule cilindriche poliposo e metastatiche formazioni di cistomi piccoli, multipli, di cui abbiamo dato un esempio, nella superficie peritoneale, caratterizzato da epitelio cilindrico. In rari casi l'epitelio era fornito di ciglia - Malassez. - La degenerazione più frequente la si osserva nella forma di epitelioma ghiandolare - carcinoma. - Poco è da sperarsi dalla calcificazione, ad onta del nostro splendido esemplare nel caso Concato-Taruffi, poichè mentre una parte lo presenta in modo spiccato, tanto da dare la immagine del psammoma, un'altra lussureggia, si direbbe, con maggior alacrità.

Semejotica e Diagnosi. — La semejotica di tali tumori deriva, dal sin qui esposto, come natural conseguenza. Per i cistomi ghiandolari, il crescere lento e continuo; di prevalenza la loro bilateralità, l'abbondante ascite anche con piccolo tumore per i papillari, così come la fenomenologia data dalle facili e precoci rotture cistiche *e dalla loro indole maligna.*

Il criterio importantissimo sopra cui richiamarono l'attenzione tutti i maestri con ricchissimo materiale, lo si ha nella loro evoluzione intralegamentare, la quale in ispecialità ci deve occupare e per la quale non ci trovammo costretti a trattare su larga base dell'argomento. Questa evoluzione può esser gravida di fenomeni gravissimi, di incarceramento pelvico, nel cui lasso connettivo parauterino, paravaginale, vescicale rettale, si possono indovare e crescere; abbiamo visto come sia possibile dall'esame esterno l'apprezzamento dei trapianti nel peritoneo, come pure in un caso di Schröder fu possibile rendersene conto, per la vagina attraverso il suo fornice.

L'esame microscopico, sia da una paracentesi - Spiegelberg - sia da una puntura di assaggio, sia dal liquido travasato negli organi cavi del ventre e quindi da questi espulso per le vie naturali può fornire una prova diretta; ad ogni modo non sempre attendibile o perchè insufficiente, o perchè, per il mescolarsi di altre sostanze, non chiara. La suppurazione profusa, la sepsi, l'aspetto ippocratico della malata per vicino colapso possono fino ad un certo punto guidarci ad apprezzare la natura del male, senza avere questi segni per sè stessi un grande valore diagnostico.

Io pertrattai in una le forme ghiandolari e papillari, perchè clinicamente si presentano assai spesso assieme; nei casi puri riesce facile delinearne i caratteri propri e che possa scaturire la diagnosi differenziale sopra criterii esatti. La sostanza colloide senza elementi morfologici e solo con detrito di cellule, depone per la forma ghiandolare. Il reperto di elementi polimorfi piatti cubici o a cellule cilindriche molto sviluppate, fornite di ciglia, parla per il cistoma papillare, come pure la tendenza alla degenerazione grassa degli elementi per le ragioni sopra notate. Prezioso elemento diagnostico differenziale l'abbiamo nel decorso decisamente diverso nelle due forme; quale *ultima ratio* la laparotomia esplorativa, per la quale oltre l'esatto rendiconto ci mettiamo nel caso di giovare per quanto è veramente possibile.

Prognosi. — Per la prognosi parlano i molti esempi riportati. In pochi anni esito infausto, senza l'opportuno intervento dell'arte.

Cura. — La terapia non può essere che chirurgica. Palliativo soccorso è la paracentesi, quando la raccolta ascitica o di una cisti grande, metta in pericolo il paziente o gravemente lo danneggi nelle principali sue funzioni e vi sia d'altra parte l'impossibilità di un soccorso migliore, o per volere del soggetto o per rilievi obbiettivi, quali, lo stato generale, i concrescimenti, la diffusione. Rapidissimo è il rinnovellarsi della raccolta. In un caso di Peaslee di cistoma ghiandolare, in 13 anni vennero praticate 665 (?) paracentesi. - U. Coblenz (loc. cit., pag. 45). - Quando aperto il ventre non fosse possibile l'estirpazione, allora potremo rivolgersi ad altro procedimento, al suo vuotamento colla sutura della cisti all'addome, che ha dato a valenti operatori brillantissimi risultati, come vedremo nei casi riportati nel capitolo del trattamento.

Cisti Dermoidi.

Un' altra forma cistica che può esserne ospitata nel legamento largo è quella delle cisti dermoidi. Questa strana forma morbosa, la cui genesi non è ancora chiarita, poichè mentre alcuni la vogliono addebitare ad un' iperattività dell' elemento germinativo - Waldajer - altri la fanno derivare, accettando la teoria del Kohnheim, da un' introflessione del foglietto esterno. La cisti dermoide nel legamento largo fu trovata sola o complicata a cistoma. La sua parete esterna bianco-grigiastra nel più dei casi può simulare quella del cistoma, e tal era appunto in un caso di Schröder; ed il grande ginecologo chiamò il tumore cistoma prima di inciderlo, e cisti dermoide nell'osservarne il contenuto. La sua caratteristica è di non arrivare a un volume molto cospicuo, a meno che non venga colpita da degenerazione sarcomatosa, come se ne trovano registrati degli esempi.

Ha una tendenza ai concrescimenti molto più spiccata degli altri tumori cistici, come pure alla suppurazione delle sue pareti, per cui ne può venire improvvisa e minacciosa sintomatologia addominale e di incarceramenti pelvici. In una piccola cisti da me asportata, concresciuta nello spazio del Douglas, della grandezza di una noce un po' grossa oltre al contenuto grassoso, simile a quello dei meliceridi, si aveano masse di capelli, sei denti con un pezzo di processo alveolare. Convenne strapparla dalla sua nicchia di congiuntivo fibroso, nel qual maneggio mi si ruppe, la donna guarì.

Questi tumori, ordinariamente unici, si possono presentare anche multipli; si incontrano in tutte le età ed anzi di preferenza appartengono al primo periodo della vita fino alla pubertà, dopo la quale s'incontrano più frequenti le altre forme cistiche; possono essere intralegamentari, ed è perciò che trovano qui il loro posto.

I caratteri sopradescritti possono essere utilizzati per la diagnosi. la quale viene assicurata, volendo, dalla puntura di assaggio.

Ecco un esempio di evoluzione intralegamentare: Ospitale di S. Antonio. Diagnosi di cisti dermoide fatta avanti l'atto operativo, precisandone la sede nel legamento largo. Osservazione raccolta da M.r Montard-Martin - interno degli ospitali - (*Progrès Med.*, 2° anno, N. 20). — C. B. di 18 anni, senza precedenza. Da sette mesi, tenesmo vescicale, comparso improvvisamente. Due mesi dopo, i dolori si irradiarono ai reni, ai fianchi, specialmente a destra; persistevano al mingere, e l'ammalata veniva desta da' dolori nel sonno. Da circa due mesi un senso di bruciore e di dolore lancinante che arrivavano al fondo della matrice le toglievano ogni riposo. Venne catetirizzata due volte, e alla seconda si scoperse un tumore addominale. Si fu nel gennaio, in cui si dovette ricorrere per la terza volta al catetere, che si passò alla puntura di assaggio. Dalla quale risultò all'esame una sostanza appiccicaticcia grassosa, che permise di riconoscere al microscopio cellule epiteliali di ghiandole sebacee (?). Il 15 febbraio venne accolta allo Spedale, in preda a dolori violentissimi, per i quali durante la notte non poteva restar supina, mentre le era sollievo il camminare e in stazione eretta cedeva il vomito, che si era presentato con violenza, e non veniva colta da lipotimie, frequenti invece mentre era giacente.

Le mestruazioni apparse a 13 anni sono state sempre regolari, senza modificazioni di sorta, tolte le due ultime volte, in cui non comparvero.

Il ventre tradiva con un'intumescenza, a sinistra più marcata che a destra, il tumore che occuperebbe la linea mediana, la quale presentava una depressione, un avvallamento con due bozze poco rilevate ai lati. Al palpamento la massa arriverebbe fino al bellico. A sinistra dell'avvallamento suaccennato si palpava un corpo della grandezza d'un piccolo pero, duro ma del tutto isolato. Il tumore principale è duro, immobile, incuneato; palpeggiando con attenzione darebbe un senso di fluttuazione profonda, però molto indistinto. Il diametro verticale è di 18 cent., lateralmente di 4 centimetri è lontano dalla spina iliaca anteriore destra e di 5 cent. da quella sinistra.

La mattezza completa giunge fino a 5 cent. sopra il pube. Poco dà il riscontro vaginale, e solo si arriva a stabilire una depressione circolare dietro al pube, che si può ritenere l'orificio dell'utero spostato a sinistra e con esso la vescica, che al catetere si rivela portato in alto e a sinistra. Il tumore, all'esame combinato, è immobile. All'esame rettale, a 4 cent. dall'ano, si avverte una massa come una testa di feto che preme fortemente sul retto. Da tutto questo assieme si pronunciò la diagnosi di cisti del legamento largo e per il reperto istologico di cisti dermoide.

Il 27 febbraio, tenuto conto dell'accrescimento del tumore negli ultimi otto giorni, si fece l'operazione. Aperto l'addome si dovette incidere un altro foglio sieroso, oltre il peritoneo addominale, che ricopriva il tumore. Introdotte le dita si riconobbe che il corpo a sinistra della cisti era l'utero; con un grosso trequarti si vuotò un litro e più di liquido verdastro, nel quale nuotavano fiocchi grassosi, più un mazzo di capelli. Mano mano che il tumore si riduceva, era facile rendersi conto dei rapporti. L'utero aderiva col fianco destro al tumore, in modo che la sua faccia anteriore guardava a sinistra. Al tumore era pure concresciuta la tromba e l'ovaja sinistra, nonchè la tromba destra. Un altro grosso loculamento venne vuotato con nuova puntura, facilitandosi così di assai l'enucleazione del tumore, il cui peduncolo assai breve lo faceva parer quasi sessile. *Il peduncolo era dato dal legamento ovarico.* Strettolo, comprendendovi anche la tromba destra, con ansa metallica e sezionatolo col serranodo, si passò alla sutura delle pareti addominali.

All'esame del tumore lo si trovò costituito da due tasche pressochè uguali che spiegavano il solco intermedio rilevato all'esame. Nella sinistra di esse, oltre il grasso e i peli, vi era un pezzetto di osso di 2 centimetri.

In questo caso, per il contegno della sierosa di rivestimento, sarebbe stato il tumore del legamento largo in senso stretto.

In una preparazione del Musco di Bologna, al N. 971, vi ha un bel esemplare di cistoma a pareti grosse con epitelio stratificato, contenuto paltaceo e con masse di peli (*Rivista Clinica,* l. c.).

Tabelle illustrative.

Sia nelle degenerazioni dei cistomi ghiandolari, delle quali abbiamo notato il carcinoma, il sarcoma, il mixosarcoma, sia nell'evoluzione ulteriore delle forme papillari in cui l'elemento epiteliale può manifestare una malignità di decorso quale la si può ascrivere alle forme peggiori, noi possediamo criterii sufficienti per la diagnosi. Un tumore giudicato per un cistoma che dopo un lungo tratto di tempo di torpida progressione, rapidamente aumenti, deve di certo ubbidire ad uno stimolo nuovo e quasi sempre di natura maligna. Di forme papillari abbiamo degli esemplari che danno intera la fisonomia clinica delle forme maligne per eccellenza.

Abbiamo veduto (V. R. delle forme morb. pelv.) in 15 giorni un peritoneo macroscopicamente immune da trapianti, coprirsi di masse neoformative, in modo che tutto il ventre ne era coinvolto. Parimenti è dovuto a degenerazione il rapido aumento delle cisti dermoidi. Nell'etiologia figurano la gravidanza e il trauma. Però sul *perchè* ciò si determini e sul *quando*, noi nulla abbiamo di concreto e dobbiamo restarcene contenti del *come ciò avvenga*, per quanto ce lo può dire l'anatomo patologo.

La nostra ricchezza sta nella casuistica. Ed è perciò che ad illustrazione di questo capitolo dei cistomi e cisti dermoidi riporto delle tabelle, desunte dal materiale della clinica di Schröder e pubblicate nel *Zeitschrf. für Gyn. Bd. VII, H. II*, pag. 472, dal Feishlen. La comunicazione si chiude con queste parole....

M'importa di far rimarcare la cospicua disposizione dei cistomi ghiandolari alla degenerazione carcinomatosa e alla rapida recidiva dei papillari, disposizione che serve di spiega ai risultati ottenuti negli atti operativi per forme in degenerazione sarcomatosa e proliferazione papillare. È una finca di più, è un criterio di più che può giovare nel difficile campo che andiamo trattando.

Cistomi ghiandolari in degenerazione carcinomatosa.

1.° Signora R. Operata 27 gennaio 1880. Recidiva, infiltrazioni fibrose del bacino, ascite.

2.° Signora F. Operata 7 febbraio 1880. Ascite, aderenze molteplici, morte per recidiva nel giugno 1880.

3.° Signora F. Operata 2 marzo 1880. Intima fusione del tumore col ceco e appendice vermiforme. Questa venne assieme asportata perchè infiltrata. La paziente si ripresentò il 23 novembre 1880. Recidiva, infiltramenti nodosi a destra dell'utero. Morte per recidiva nel principio dell'anno seguente.

4.° Signora M. Operata 18 maggio 1880. Morta per recidiva il 17 gennaio 1881.

Cistomi papillari.

5.° Signorina De H. — Papillomi alla superficie del tumore. Operata il 24 aprile 1880. Infezione del peritoneo; 13 luglio 1880, imponente recidiva, ispessimenti nodosi del peritoneo.

6.° Signorina G. — Tumore bilaterale papillomatoso alla superficie. Operata il 14 luglio 1880. Si ripresentò il 4 dicembre 1881. Nessuna recidiva.

7.° Signora Z. — Tumore bilaterale. Lussureggiamenti papillari alla superficie da perforazione della parete. Operata il 5 luglio 1880. Nessuna notizia.

8.° Signora P. — Tumore unilaterale. Degenerazione carcinomatosa iniziale; gravidanza. Operata il 19 febbraio 1881. Nessuna perforazione papillare. Da una lettera datata il 19 ottobre 1881 vennesi a cognizione del parto di una bambina felicemente seguito e del benessere della puerpera.

9.° Signora Bl. — Tumore bilaterale. Perforazione papillare delle pareti della cisti. Operata il 28 aprile 1881. Nessuna ulteriore notizia.

10.° Signora B. — Tumore bilaterale. Perforazione della parete per fuoriuscita papillare. Papillomi multipli sul peritoneo. Operata il 1° giugno 1881. Atto assai complesso, aderenze multiple, escissione del peritoneo infetto. Per partecipazione del dott. Wilde, il benessere della paziente è completo.

11.° Signora G. — Tumore bilaterale, degenerazione carcinomatosa, perforazione papillare delle pareti della cisti. Operata il 2 luglio 1881. La paziente scrisse all'autore che si trovava benissimo.

12.° Signora K. — Tumore destro. Perforazione papillare della cisti. Operata il 7 settembre 1881. Fino all'82 benessere completo.

13.° Signora F. — Tumore bilaterale, perforazione papillare della cisti. Infezione del peritoneo. Operata il 20 dicembre 1881.

Degenerazione maligna di cisti dermoidi.

14.° Signora B. — Degenerazione sarcomatosa. Operata l' 8 gennaio 1881. Euforia completa.

15.° Signora H. — Degenerazione carcinomatosa. Operata il 25 giugno 1881. Nodi sospetti al principio del dicembre fra la vescica e l'utero.

Fibroidi e cisto fibroidi.

Nel cenno generale fatto precedere sui varii tumori che avremmo incontrato, toccando dei fibroidi abbiamo accennato al contegno dei fasci muscolari che si irradiano dall'utero. In questa connessione si trova la facile spiega del perchè si incontrano tumori connettivali e muscolari nel legamento largo per sè. Oltre il caso del piccolo miofibroma del Virchow, abbiamo 11 casi raccolti dal Sänger. Nel legamento poi trovano comoda stanza nella loro evoluzione fibroidi dell'utero, degli altri suoi legamenti, dell'ovajo, di ovaje sopranumerarie, delle quali ne vidi un bell'esemplare nella raccolta del Winckel a Monaco. Questo ovajo accessorio, poco sotto il volume di una ghiandola normale, si trovava nell'escavazione vescico-uterina, e per quanto ricordo, a sinistra.

Nei fibroidi sorti od accolti nel legamento largo si possono avere delle vere cisti con rivestimento epiteliale cilindrico ed anche vibratile, non eterologhe come opinarono alcuni, ma la cui matrice trovasi o almeno con tutta probabilità deve ammettersi nei residui embrionali dei tubuli di Gärtner.

Toccheremo rapidamente dell'anatomia patologica di queste neoformazioni e dei loro ulteriori destini.

Anatomia patologica. — L'anatomia patologica di questi tumori risponde a quella dei tumori uterini di egual natura. Istologicamente constano di fibre muscolari liscie e di tessuto congiuntivo, ambedue i tessuti irregolarmente disposti. Le fibre muscolari costituiscono lamelle che si sovrappongono l'una all'altra e formano degli ingrossamenti rotondi, e fra loro giaciono disposte ad onda le striscie di tessuto congiuntivo che ordinariamente è fibroso e compatto, in altri casi presentasi lasso. La superficie del taglio è tanto più bianca, splendente e dura, quanto più prevale il connettivo; rossastra e molle per il muscolare — laiomiomi —.

L'originaria evoluzione dei miomi uterini sarebbe dovuta, secondo Cordes (*Dissert. Inaug.*, Berlin), al rigonfiarsi delle lamelle

muscolari. Colle fettuccie connettivali decorrono i vasi, per lo più scarsi; straordinariamente rare sono in esse le grosse arterie. Quei miomi che si originano dall'utero, e che interstiziali e sottosierosi si svolgono di prevalenza lateralmente, possono essere poverissimi di vasi sanguigni, oppure enormemente vascolarizzati da presentare una struttura cavernosa, con una certa analogia colla porzione placentare di un utero gravido, e ciò per attività speciali e pel concorso delle due grosse fonti nutritizie.

Virchow designò questa forma col nome di *mioma telangectode seu cavernosum.* — È interessante il fatto che appunto questi tumori sono quelli che danno oscillazioni di volume, da mane a sera, nelle ricorrenze, nella stitichezza, ecc.

La metamorfosi a cui vanno incontro sono il rammollimento;

1.° Per edema, cosicchè simulano perfettamente la fluttuazione. In un caso cui io assisteva direttamente, scoperto l'enorme tumore della grandezza di un utero gravido a otto mesi, s'infisse ripetutamente il trequarti senza risultato, tanto illudeva l'elasticità del tumore, grosso fibroide endo-uterino edematoso. In un altro caso di una donna (Signora A. T. di M....) di 40 anni circa, che era divenuta profondamente anemica per le enormi perdite mestruali, dovute alla presenza di un tumore uterino che essa portava già da quattro anni, trovai all'esame che il tumore al palpamento si rivelava cedevole ed arrivava al bellico. Dopo lunghi mesi di cura per modificare le condizioni generali e locali, il tumore si era ridotto di due terzi; cosicchè quando addivenni alla sua estirpazione (marzo 1885) per le vie naturali, mi trovai in possesso di un tumore di un pajo di chilogrammi. Eppure era quello stesso tumore che edematoso arrivava, nel mio primo esame, fino all'ombellico. Nell'edema le fibre muscolari si atrofizzano.

2.° Per metamorfosi grassa; involuzione simile alla puerperale e che può con questa accompagnarsi, cosicchè in una puerpera il contenuto di un intero tumore può essere ridotto a poltiglia adiposa.

3.° Per degenerazione miomatosa: Fra le singole masse che costituiscono il tumore, anche fra le singole fettuccie muscolari si trova tessuto mucoso-embrionale, e per il detrito e per la formazione abbondante di tessuto intracellulare si possono avere cospicue masse di muco, che danno un aspetto di accumulo di detrito.

L'induramento: che può aversi e procedere di pari passo colla metamorfosi grassa; mentre la fibra muscolare sparisce, il connettivo si sclerotizza per processo interstiziale, a cui è forse subordinata l'adipo-metamorfosi. Quindi un piccolo tumore fibroso d'oggi può essere il rappresentante di un grosso mioma sclerosato; la calcificazione per irregolari depositi di sali calcarei, cosicchè a pro-

cesso avanzato, dopo la macerazione, resta di un tal tumore un'elegante impalcatura coralliforme. Se da interstiziale, in luogo di espandersi allo esterno, il tumore diventa endocavitario e vi subisce la infiltrazione calcare, si ha in allora il litometro o calcolo uterino che può venire spontaneamente espulso e di cui parla anche Ippocrate.

Una modificazione importante vien data dalla suppurazione di parte o di tutto il tumore che va in isfascelo, in seguito ordinariamente di traumi o accidentali o chirurgici. Come si osserva la forma telangeetasia per il numero e lume dei vasi sanguigni può aversi quella dei vasi linfatici. Il Leopold lo chiama mioma linfangectode.

L'edema molto pronunciato può dare per la distrazione delle fibre, delle cavità in cui si raccoglie il siero anche in abbondanza. Occorrono delle cavità d'indole emorragica, le quali specialmente avvengono durante la gestazione e il parto; eziandio dai focolai di rammollimento per adipomorfosi possono residuare dei vani.

Però tutte queste cavità meritano il nome di pseudocisti; mentre noi, come in un caso del Diesterweg, possiamo anche avere delle vere cisti con rivestimento epiteliale; ed è coll'embriogenesi che si spiegano le forme cistiche vere che si possono incontrare combinate alle forme fibroidi; donde la forma mista di cisto-fibroidi, cui appunto abbiamo fatto posto nella classifica dei tumori di cui ci occupiamo. Il fibroide mostra pochissima tendenza alla degenerazione carcinomatosa, forma questa quindi rarissima. Molto rara è anche la combinazione del mioma uterino colla carcinosi della cervice (Courty-Simpson).

Ben più frequente occorre il miosarcoma a cellule piccole e rotonde dapprincipio e successivamente a grandi cellule con grosso nucleo. Alla superficie del taglio si presenta un tal tumore, biancogiallastro e molle.

Il Diesterweg (*Zeitschf. f. Gyn. Bd. IX H. 1ª*, pagina 190) pubblica un caso di *Cysto-fibroma uteri verum*, forma che, come egli dice, s'incontra rarissima nella letteratura dei tumori uterini, poichè, nel maggior numero di casi così chiamati, mancano le caratteristiche di vere cisti con rivestimento epiteliale e con pareti proprie, mentre si tratta di ectasie linfatiche o di cisti cosidette apoplettiche. Egli estirpò il tumore endocavitario colla trazione e valendosi della forbice di Siebold; era della grandezza di un uovo di gallina, ulcerato alla sua superficie con un intonaco purulento; diviso nella sua lunghezza presentava, una parete costituita di strati concentrici dello spessore d'un centimetro e mezzo; nel suo interno era cavo, conteneva sangue prosciolto bruno-nerastro, e la

struttura del tumore era fibrillare. Le pareti interne della cavità erano liscie, con delle infossature di capo di spillo con rivestimento di epitelio cilindrico vibratile. Le cellule cilindriche brevi e sviluppate presentavano un nucleo piuttosto grosso e il protoplasma granuloso. Oltrechè la cisti maggiore, ve ne era una seconda cogli stessi caratteri; dopo due anni con eguale sintomatologia (emorragie profuse) recidivò il tumore e venne in egual modo estirpato. Conteneva anche questo secondo una cavità cistica simile alle sopradescritte. Il Rabesiu (loc. cit., p. 194) riterrebbe eteroplastica la formazione cistica in tumori omioplastici della parete uterina. Senza toccare del momento irritativo per l'etiologia di questi tumori, momento da tutti invocato, da nessuno provato, l'istiogenesi di tali formazioni cistiche si trova subordinata, scrive il Diesterweg, a un'anomala disposizione embrionale, secondo le vedute che il Colnheim si provò di far accettare per i tumori in generale; noi sopprimeremo la parola anomala attenendoci alla esistenza epiteliale embrionale nello spessore delle pareti uterine, giusta i preparati di Beigel, confermati dal Köllicker (VR.).

Il Virchow (pag. 367, trad. francese patolg. dei tumori), scrive che non esiste una delimitazione ben marcata fra i miomi infra ed extra parietali dell'utero. I miomi parietali non si trovano sempre nel mezzo delle pareti, sebbene ciò si riscontri spesso, ma avendo una sede di origine più eccentrica si svolgono o più verso l'interno o più verso l'esterno nel loro sviluppo; nel primo caso riempiono e distendono la cavità uterina, nel secondo tentano sempre più la parete esterna, cosicchè rappresentano in ultimo una protuberanza sferica od ovoide verso la cavità addominale.

A pag. 412 della stessa opera, troviamo che fra i casi di miomi del legamento largo che si trovano citati, una gran parte deve essere tenuta per miomi spostati divenuti intralegamentari, essendo da bel principio sottosierosi o interstiziali.

Virchow però ha trovato un miofibroma della grandezza d'un fagiuolo, del legamento largo, immediatamente al disotto del legamento ovarico e molto distante dall'utero e dall'ovario; combinava con endometrite e ooforite indurativa; il Virchow aggiunge che anche nella parete muscolare della tromba i miomi sono rarissimi. A pag. 371 loc. cit., si accenna ad una complicazione affatto speciale nei casi nei quali i miomi intramurali fanno sporgenza nei legamenti larghi. In un caso di questa specie Virchow riporta di un mioma telangectasico colossale, molle, moltilobato, che misurava 30 cent. in altezza, 20 cent. di spessore che proveniva dalla metà sinistra della parete posteriore dell'utero, era di là disceso dietro la vagina, mettendosi in stretti rapporti col retto.

In un altro caso, col medesimo punto di origine, un miofibroma della grandezza d'una testa di adulto misurava 24 cent. di altezza e 18 di spessore; erasi internato fra le pagine del legamento largo fino all'ovajo, spinta dal tumore assai lontana dall'utero, il quale era contemporaneamente allungato ed in antiflessione.

Il tumore descritto da Walter pesava 71 libbre; sviluppatosi apparentemente all'età di 20 anni in un soggetto che aveva avuto uno sgravo. L'origine della neoformazione era la metà posteriore dell'utero; sporgeva assai nel legamento largo di sinistra, e l'utero era stato tirato all'insù.

Sull'Etiologia dei fibroidi e cistofibroidi. — Il fatto che i fibroidi uterini non s'incontrarono mai avanti la pubertà e con grande prevalenza in donne che aveano figliato in confronto delle nubili e delle sterili, lega questa neoformazione alle funzioni generative nel modo più intimo. Come scrive lo Schröder, ad onta delle pazientissime ricerche di Winkel, noi non ne sappiamo di più.

Dalla casuistica noi vedemmo che il fibroide del legamento largo assai di frequente si caratterizza per la sua enorme vascolarizzazione tanto da meritare il nome di *telangectode seu cavernosum* da Virchow.

Il *substratum* delle forme cistiche dei fibroidi, che possano anche indovarsi nel legamento largo, ce lo fece conoscere il Beigel ed il Köllicker nei tubuli del Gärtner ossservato nello spessore delle pareti uterine.

Decorso. — Il decorso è da tutti affermato assai lento, però anche qui i dati sono ben lungi dall'esser precisi; nella pubblicazione di Carlo Schorler-Zeitschrf. f. Geb. ù. Gyn. Bd. XI H. 1, pag. 140 — noi troviamo un grosso materiale con cura trascelto e utilizzato per stabilire l'età di tali neoformazioni senza conclusioni soddisfacenti nei riguardi di una regola di evoluzione che assolutamente manca. La gravidanza ne favorisce l'aumento loro, come quello degli altri tumori. Il puerperio ne può provocare l'involuzione con quella dell'utero. La sintomatologia specialmente di quelli sotto sierosi o intramurali e che poi divengono tali, può esser dapprincipio negativa, e s'accumuna in prosieguo a quella degli altri tumori. Noi quindi, sia per gli elementi diretti, sia per quelli differenziali ci limiteremo a dirne dei punti, che sono i salienti senza pertrattarne a paragrafi come abbiamo fatto per gli altri tumori.

Diagnosi. — Per le forme che contengono cavità cistiche l'importanza della diagnosi è tanta quanta è la sua immensa difficoltà,

poichè noi non possiamo valerci di tutti i mezzi come per le altre cisti. Invero lo Schröder nel suo trattato delle malattie delle donne — V. E. d. orig. p. 234 — scrive: La puntura a scopo diagnostico del cisto-fibroide fatta anche con sottilissimo tre quarti è assolutamente da tenersi come pericolosissima, probabilmente perchè le pareti non possono collabire e ne segue facilmente suppurazione e sepsi. Tuttavia anche il risultato della paracentesi di assaggio non è punto attendibile come vedremo.

Nell'aureo trattato dello Spencer Wels dove tratta dei tumori uterini, colpisce il fatto degli errori diagnostici in cui incorse il grande maestro, in alcuni casi, con a compagni il Thorntou e il Bantock, chiarissimi laparotomisti. Riporto quanto egli ebbe a dirmi in argomento: « in nessun altro terreno è più vero il detto che chi più sa e più ha visto, assai facilmente erra, poichè per la svariata casuistica, siamo sempre sospesi e in ultimo ci manca un dato certo su cui fondarci; fortunatamente in oggi averlo o non averlo questo dato è tutt' uno; non si compromette nulla tenendo in sospeso il giudizio e regolandoci poscia a norma di quel che si trova. » Su queste parole pensino quei molti corrivi nel far carico di una diagnosi errata.

Il palpamento degli annessi uterini, in ispecie del *legamentum Teres*, può essere tenuto come uno dei segni più importanti dell'esame obbiettivo quando il fibroide è di origine uterina.

Della diagnosi differenziale. — Per quei tumori nei quali esiste una cospicua vascolorizzazione, — *Mioma telangectode seu cavernosum* del Wirchow, — l'ascoltazione può fornire un dato prezioso che unito agli altri anamnestici ed obbiettivi può condurci alla diagnosi. Un tumore che dia suoni vascolari ai lati dell' utero può far pensare alla possibilità di una gravidanza extrauterina; e lo stabilire se veramente ciò fosse è di una importanza vitale per il soggetto, in accordo ai successi ottenuti dal Lawson Tait nell'operare in primo tempo tali anomali condizioni, anzichè attendere di procedere di urgenza allo scoppiare della sintomatologia spaventosa data dalla rottura della tromba, se tubaria, o del sacco se addominale, avvenimento questo cui difficilmente si sfugge, mentre è di massimo interesse il provvedere alla nostra grande responsabilità in casi di simil genere. L' esistenza degli altri segni di gravidanza, il colore, la pigmentazione, il colostro, l'espulsione di una decidua, la pulsazione vaginale, l' aumento graduale del tumore possono il luminarci. (V. R. Diff. For. Pelv.).

Ben più difficile è il campo diagnostico quando fosse da differenziare da un tal tumore un cistoma. Olshausen l. c. pag. 158, af-

ferma fra i cisto-fibromi del legamento largo e i tumori cistici e dell'ovario che hanno si può dire una sintomatologia comune.

Per l'età, in 51 casi di Cisto fibromi di Heer troviamo:

Casi N.	8	dai 20	ai 30 anni
» »	17	» 30	» 40 »
» »	23	» 40	» 50 »
» »	3	» 50	» 53 »

Per essere sottosierosi mancano quasi sempre le metrorragie.

L'evoluzione è lentissima. Il palpamento può rilevare masse fibrose ed elastiche.

L'utero obbedisce in modo svariato con allungamenti, torsioni e allo svolgersi del tumore; e il suo nesso intimo ha, a mio avviso, il valore diagnostico maggiore; del resto ad onta dell'esame nella narcosi, della sondatura, noi bisogna che conveniamo di non avere un dato solo decisivo per la diagnosi, eccepita la laparotomia esplorativa. Il rapido coagularsi del liquido raccolto nelle tasche di un cisto-mioma — Wels, Koberlé, Peaslee, Atlee — fu tenuta per caratteristica di questa neoformazione. Ma dai confronti con cisti del legamento ed ovariche (Virchow, Martin, Scanzoni, Klob, Westfalen, Schröder, Olshausen), risultò che il liquido può non rapprendersi, senza che per questo si possa escludere il cisto-mioma; e d'altra parte, in cisti del legamento ed ovariche avvenne il rapido coagularsi del liquido.

Casuistica degli errori. — Ecco alcuni esempi di errori di diagnosi:

Holmes. Tr. path. soc. XVII, 189, 1867. Estirpò l'utero e un tumore che a quello apparteneva avendone riconosciuto il vero essere solo al momento dell'operazione. Esito infausto.

Rout tenne per tumore ovarico un cisto-fibroma svoltosi in 17 mesi. L'atto operativo non potè esser condotto a termine e la malata soggiacque.

Neugebauer — Scanzoni, Beiträg. VI. 1879, p. 125, — tenne per tumore ovarico un cisto-mioma che dall'utero avea occupato il legamento largo, s'accompagnava l'ascite. Vennero estirpati utero e tumore. Esito letale.

Lee — New-York med. Record. Jan. 1870, pag. 495 — appoggiatosi alla sondatura che non dava che 6 cent., e perchè il tumore, sebbene non si potesse isolare sembrava mobile, fece diagnosi di tumore ovarico mentre trattavasi di cisto-mioma e la malata morì 31 ora dopo l'*imprendimento* chirurgico.

La cavità uterina misurava in realtà 18 cent.

Gayet — Lion. Med. 1874. N. 9 — tenne un mioma cistico del legamento largo per tumore ovarico.

Grube — S. Petersbourg. Med. Feischrif, 1864 H. 12 — diagnosticò un sarcoma fibroso cistico per tumore ovarico.

Schetelig — Arch. f. Gyn. I, pag. 425. — Cisto-mioma telangectode cavernoso del legamento largo, *ante-operationem* giudicato dell'ovario.

Prognosi. — Entrati nell'idea di un tumore fibroide, con o senza cisti, occupante in maggiore o minore estensione il legamento largo, noi subordineremo a criteri diversi il nostro pronostico. La grandezza del tumore, le turbe che da quello derivano, il suo rapido aumento nell'ultimo periodo, il quale parli per la possibilità di una degenerazione d'indole maligna, la inutilità delle cure antecedenti, la probabilità favorevoli in caso di trattamento chirurgico; la possibilità di un trattamento locale, etc., ecco gli elementi da cui dedurremo la prognosi.

Non sono rari i casi di guarigione spontanea di tumori fibroidi coinvolti nell'involuzione puerperale o senile o pella azione di altri momenti non noti; però più che sui tumori sotto sierosi il processo puerperale agirà sugli interstiziali. La litiasi dei vasi arteriosi sarà una delle cause che porteranno un tumore a regredire e s'incontrerà di preferenza nei vecchi, etc.

Nei casi ordinarii i miomi, i fibroidi in genere procedono nella loro evoluzione arrivando a dimensioni colossali.

A seconda del tessuto di prevalenza, congiuntivo, muscolare, dei sistemi vascolari, sanguigni o linfatici, guadagnerà una fisionomia clinica alquanto differente nell'uno in confronto degli altri casi, che potrà influenzare il pronostico e la cura fino a un certo punto.

Cura. — La terapia non si presenta così decisa come per i cistomi. Le forme fibroidi possono essere influenzate e vinte dai

Preparati di segala cornuta per uso interno
» » » » » iniezioni ipodermiche
» » » » » » parenchimatose.

Colla castrazione, per mezzo della quale sopprimiamo una cospicua fonte nutritizia e una funzione fisiologica la cui ricorrenza cospira all'aumento del tumore, mentre la sua soppressione causa il Climax precoce e l'involuzione che s'accompagna, la quale può coinvolgere il tumore, anatomicamente privato di una grossa fonte sanguigna colla legatura della spermatica.

Noto che le iniezioni di segala sono mal tollerate; sono adatte solo nei tumori molto vascolarizzati.

Le iniezioni parenchimatose di cui si loda il Luton, sono assai pericolose mentre non se ne può misurare il beneficio.

Le statistiche parlano anche da noi a favore dell' ovariotomia normale per la cura dei fibroidi e davvero soddisfa alla indicazione, sebbene sia in effetto una mutilazione quella che arrecherà una modificazione sul tumore, modificazione di entità varia e che in qualche caso fu nulla.

L'obbiettivo nostro sarebbe l'asportazione e questa sola può darci un risultato definitivo, ma le statistiche lasciano ancora molto a desiderare per poter appigliarvisi ad animo tranquillo.

Contribuzione di cura chirurgica. — Riporto qualche esempio di fibroide del legamento largo estirpato.

Gayet — Leçon Med. 1874. N. 8. — Cisto-mioma legam. latum sin. estirp. Il breve peduncolo venne trattato come peduncolo ovarico. Morta in quarta giornata da flemone pelvico e sepsi.

Schmidt. Fibrosarcoma del legamento largo di destra. Prager Med. Wochenschrf, 1878, N. 35. Affondamento del peduncolo-Guarigione.

Pean, Leçon de Clin. Chirurg. 1876, pag. 681. Sarcoma midollare del legamento largo di destra. Estirpazione, morta in seconda giornata da peritonite.

Billroth, Viener Med. Wochenschrf, 1879, N. 21. Fibro-mioma del legamento largo di destra. Affondamento del peduncolo. Guarigione ritardata da emorragia secondaria in cavità e ascesso addominale.

Crede — Sänger - Uber primière desmoide Geschv. der lig. latum Arch. für Gyn XVI, pag. 284. — Fibro-mioma hidrop. del legamento largo di sinistra. Tumor doppio costituito da due segmenti uno intra e uno extra-legamentare. Trattamento endo-addominale senza drenaggio. Guarigione ritardata da essudazione circoscritta del peduncolo e da una lacerazione del peritoneo nello spazio del Donglas seguita da flemmone del connettivo.

Bardenheuer. — Die Drainirung d. Peritoneal höl. Stuttgart 1881, pag. 114. — Enucleazione di un mioma intralegamentare.

Lacerazione della parete anteriore del retto — Sutura — Lesione di un grosso vaso del parametrio nell' applicare il drenaggio — Morte dopo 4 ore dall'atto operativo per emorraggia.

Nuovi casi raccolti del Sänger. — (Weitere Beiträge zur Lehre etc. Arch. f. Gynec. B. d. XXI, Heft II). Buschmann (Billroth operateur) Wiener Medicinische Wochenschrf, 1880. N. 28. — Soggetto di 28 anni — Quattro sgravi — Da 3 anni aumento del ventre — Resistenza diffusa elastica — La ottusità arriva al fegato e alla milza — Non esisteva peduncolo — Nessun rapporto del tumore

coll'utero e coll' ovaja del tutto liberi — Violenta emorragia nel disseccamento del peritoneo; la sierosa era stata dal tumore distesa verso l'avanti e verso l'insù. — Fibro-mioma retroperitoneale — concrescimento ai reni spostatitisi nel bacino. Il tumore non peduncolato trovavasi fra le pagine del legamento largo — Peso 18 chilogrammi.

Morta in seconda giornata per peritonite. Il tumore ricco di vasi, presenta l'apetto di un tumore gelatinoso molto consistente.

Rudigier, Deùtsche Zeitsch. f. Chirg. B. d. XV, pag. 279 — Pluripara — Pseudo fluttuazione — tumor solido peduncolato dell'utero — All'atto operativo il peduncolo mancava — Sull'utero 2 fibroidi sottosierosi della grandezza di una mela — Ovaje libere — La pagina anteriore del legamento largo era concresciuta colla parete addominale. Enucleazione facile — Fibro-mioma del legamento largo destro — Degenerazione colloide ad isole nel tumore — Guarigione.

Chémieux — Arch. de Toc. et d. Malad. d. Fem. Juillot 1880, pag. 439. — Soggetto di 32 anni — Nullipara — Tumore cresciuto a poco a poco, indoloro — Sembra in stretto nesso coll'utero a cui diffonde i movimenti impressi — Nell'ultimo mezzo anno rapido aumento — Tumore uterino peduncolato — Conferma all' atto operativo — Liberi utero e ovaje — Il tumore poggiava sopra un peduncolo, il quale aveva la sua estremità nel legamento largo di sinistra — Cisto-sarcoma del legamento largo di sinistra peso 6 chilogr. — Morte in 13 giornata da peritonite diffusasi probabilmente da un focolaio purulento in prossimità del peduncolo — Il tumore presentava una massa molto gelatinosa formata da tessuto lasso, con cavità cistiche della capacità di un pugno.

Schröder. Seduta della Soc. di Gin. Ost. in Berlino, 8 giugno 1880. Berl. Clinik. Wochschf. 1881, VIII. — Tumore fibromiomatoso — Il tumore venne presentato all' adunanza — Venne enucleato dal legamento largo di sinistra dopo la esportazione di un cistoma ovarico di destra.

Delle aderenze e loro diagnosi.

Le diagnosi delle aderenze che possono contrarre i tumori del legamento largo e intralegamentari, specialmente questi ultimi, è certo cosa non facile, anzi non è possibile nel più dei casi che stabilire delle norme per sospettarle poichè la loro esistenza non include quasi mai, come è ben naturale, una sintomatologia relativa.

Sempre appoggiati alla casuistica e nell'intesa di attenerci per quanto è possibile all'interesse pratico dell'argomento, dopo di aver pertrattato delle varie specie di tumori, premesse tutte le nozioni generali anatomiche e cliniche che ci parvero opportune a renderci piano e chiaro il cammino, ritorniamo a pertrattarne in comune occupandoci delle aderenze e della loro diagnosi.

Io richiamerei in primo luogo l'attenzione sopra le funzioni fisiologiche dell'organismo, le cui turbe analiticamente studiate possono servirci di guida nell'ammettere delle aderenze sia estese, sia sotto forma di briglie.

In una signora affetta da ulcera cancerosa del segmento latero-posteriore destro del fornice, da me operata colla sutura profonda del parametrio allo scopo di strozzare la neoplasia favorendo la produzione di una barriera fibrosa alla ulteriore sua evoluzione, nell'ultimo periodo della sua esistenza presentava questo sintoma periodico assai interessante: veniva colta da dolori strazianti, solo che per mezza giornata non avesse avuto il beneficio del ventre, o assumesse cibi facili a dare un leggero grado di meteorismo a cui immediatamente si accompagnavano le sofferenze; cosicchè, ad onta dell'appetito, si era condannata a non voler mangiare pur di non patire. Io sospettai o uno stringimento intestinale contro il quale parlava il genere delle scariche per ammetterlo nel crasso, e il momento e il modo del risvegliarsi dei dolori per ritenerlo nel tenue, oppure una costrizione intermittente dovuta ad una briglia.

La paziente morì 11 mesi dopo l'atto operativo; all'autopsia, praticata dal mio egregio amico il dottor Virginio Lugo, trovammo che da sinistra un grosso cordone omentale attraversava diagonalmente, decorrendo sopra le anse tutta la cavità, ed era fissato alla porzione inferiore del basso fondo del bacino, fuso in una massa neoplastica coll'appendice vermiforme, coll'uretere destro e contiguo ad un cavo necrobiotico in diretta comunicazione col retto intestino. Avevamo in questo caso la intermittente costrizione del lungo tubo digerente.

Nella clinica del professor Billroth in cui Pawlich diagnosticò, in un caso di tumore ovarico, aderenze strette col colon ascendente nella sua prima porzione, col controllo dell'atto operativo, avevasi la risonanza molto più estesa e uniformemente eguale per un tratto del quadrante inferiore, alquanto più in basso e allo interno di quanto si rileva normalmente; quando si accentuavano le sofferenze della malata con irradiazione al resto dell'addome e senso penoso di costrizione, in detta località si aveva mutezza assoluta dovuta al ristagno di materie nella ectasia sacciforme del colon pel concrescimento del tubo col segmento postero-laterale del tumore. — Inverno 1882.

Ricordo di un tumore, non son certo se del legamento largo o intralegamentare di sinistra in cui i rapporti colla vescica erano tali che il catetere avanzava per 18 centimetri e la donna provava uno stiramento penosissimo nel mingere, ma che in luogo di accentuarsi nell'ultimo periodo, questa sofferenza era andata mano mano mitigandosi sebbene il catetere desse sempre la stessa misura, e ciò forse perchè la contrazione dell'urocisti avveniva di prevalenza sui lati e l'organo aveva scontato colla sua forma l'anomalo connubio.

Il riscontro diretto in fatto di aderenze può sempre sorprendere. Le aderenze possono non essere nemmeno sospettate anzi negate ed esistere invece estesissime, ma per quell'adattamento di cui altrove si fece parola, non tradirsi menomamente; mentre non vennero riscontrate in casi in cui si aveano isole di meteorismo intestinale, forme riflesse svariate e in permanenza, stitichezze ostinate, turbe digerenti, disurie, cose tutte che le avrebbero, fino a un certo punto, fatte supporre con tutta ragionevolezza di logica clinica.

Per le aderenze parietali, unici dati sui quali possiamo far capitale sono:

1° la mobilità delle anse intestinali;

2° il riscontro al palpamento e plessimetrico durante la escursione respiratoria, del contegno delle altre parti endo-cavitarie e l'apprezzamento dei caratteri fisici attraverso le pareti, bene inteso che di queste non è sempre possibile tassarne lo spessore.

Trattando dei tumori del legamento largo o intralegamentari si parla nel più dei casi di tumori fissi, fatto che ne costituisce anzi la caratteristica; quindi nell'apprezzamento delle possibili aderenze noi dovremo valerci piuttosto della mobilità degli organi in rapporto al tumore, di quello che di questo su quelli, come è pratica ordinaria coi tumori liberi del ventre.

Egli è perciò che nel nostro caso non trova quasi posto la proposta del Bird dell'infissione dell'ago, poco tenuta in conto da Spencer Wels, propugnata da Olshausen.

Col Freünd si avrebbe dalla paracentesi, ben inteso nelle forme cistiche e nelle raccolte ascitiche, una modificazione utilizzabile nell' apprezzamento delle aderenze.

Questo mezzo noi possiamo usarlo in due modi: studiando le modificazioni a paracentesi graduale, facile impredimento avendo un tre quarti munito di rubinetto, oppure a vuotamento completo, bene conosciuto e rilevato lo stato del ventre in antecedenza.

Vuotata considerevolmente la cavità, le anse intestinali ricacciate di solito indietro ed in alto possono allogarsi più comodamente e rivelarsi al plessimetro, sebbene la loro presenza non possa che escludere le aderenze estese, non quelle parziali, nè quelle cordiformi dell'omento, il quale per la sua distensibilità può sfuggire all'indagine nostra.

S. Lee ha richiamato l' attenzione sul fatto di una diastasi dei retti dovuta al tumore, quasi ernia iniziale di esso pel suo aumento mentre trovasi già concresciuto alla parete addominale.

Allora quando la mano percepisce rumori di sfregamento peritoneale, lo Scanzoni ammonisce che nei dintorni si incontreranno di certo aderenze, mentre lo Spencer Wels afferma di non aver trovato concrescimenti nei casi nei quali avea avuta manifestissima la sensazione tattile di cuojo nuovo.

Trattando delle cisti semplici abbiamo già accennato alla loro poca disposizione a contrarre aderenze; ben inteso che le forme flogistiche parziali sono sempre da aversi a mente come la causa di concrescimenti in tutti casi; lo stesso si deve ripetere dei traumi come causa di quelle, ed anche dei concrescimenti dovuti a forme subdole, di cui non da notizia il termometro e passano quasi inosservate al paziente.

Come regola generale dobbiamo ritenere che quanto più grande è il tumore, tanto più probabili le aderenze; anche la natura del tumore pesa moltissimo come criterio generale ed infatti i cistomi papillari e le cisti dermoidi attestano in moltissimi casi tale verità clinica, come a piccolo tumore possono corrispondere le più complesse adesioni.

Keit fa risaltare come le aderenze siano assai frequenti quando si abbia concomitante la gravidanza.

Un' altra condizione opportuna per condurre alla conoscenza di eventuali aderenze è l'ascite, studiando i movimenti uniformi dell'onda in punti diversi, col solito maneggio, e col semplice vellicamento della parete; se l' onda è rotta lo si avvertirà facilmente e a seconda della direzione e dell' estensione, si trarranno le conclusioni.

L'esame combinato vagino-addominale, retto-addominale ad ammalato supino; in posizione genu-cubitale coadiuvati dal catetere,

dalla sonda a paziente sveglio o in profonda narcosi, ci metteranno nel caso di apprezzare i rapporti del tumore col fondo e colle pareti laterali del bacino.

La immobilità dell'utero, il suo spostamento all'insù e le eventuali sue torsioni con compartecipazioni della vescica depongono per complicazioni del tumore cogli organi suaccennati. Così pure l'edema di un'arto inferiore desta sempre apprensioni all'operatore.

Noi non abbiamo certo esposto nè tutto, nè con ordine quanto riguarda un argomento tanto importante; è certo un bel vantaggio il poter stabilire se esistono e come e quanto, le aderenze di qualsiasi genere, specialmente le parietali, poichè ai concrescimenti insuperabili si deve il grosso numero delle operazioni incomplete; però quelli in oggi non sono mai controindicazioni all'atto operativo in senso stretto; ma al controllo diretto, non fanno che modificare la tecnica del soccorso, falcidiando più o meno le probabilità di un buon risultato, di un risultato completo; tenuto sempre presente che, *quod ad vitam*, ad una laparatomia esplorativa siamo autorizzati e, se non sempre, spesso è di vantaggio. Anzi davanti ai casi nei quali ogni altro trattamento abbia già fatto cattiva prova, mentre sempre più urgente s'impone il soccorso, sopra il saggio ricchissimo di sperimentali laparatomisti, diventa un dovere qualora le circostanze ne permettono l'attuazione.

Io non dispongo che di due casi che amo di riassumere succintamente per il loro felicissimo decorso.

Chiamato a vedere una giovane sposa di 22 anni, che da 13 giorni, ad onta di tutti i mezzi adoperati, aveva l'alvo chiuso, trovai il ventre occupato da enormi masse irregolarmente disposte. Due anni prima si avea fatta diagnosi di adeno-mesenterite lenta. Le masse e le intestina distese rendevano malagevole l'esame. I fornici vaginali allargati e stirati all'insù, costituivano una cupola, nel cui segmento anteriore si riscontrava un residuo di porzione vaginale; questa enorme trazione era dovuta al processo addominale. Niente di più di questo stiramento verso l'interno risultava dall'esame vaginale e rettale. Proposi il riscontro diretto e a tal fine l'accolsi nel mio Istituto Ost. Ginecol. dove col suffragio di egregi colleghi si passò alla laparatomia esplorativa — 9-5-84. — Inciso il ventre arrivai sopra un peritoneo pergamenaceo dello spessore di $^1/_2$ centimetro, di color perlaceo a cui erano adese delle anse intestinale, che staccai dolcemente colla mano per la superficie di due palme di mano a destra e a sinistra.

Persuasomi che l'asserragliamento determinato dalle masse non si poteva nè limitare nè modificare con speranza di buon successo, rinchiusi l'addome. Tosto cedette il vomito incoercibile che da

giorni la tormentava e potè la stessa sera assumere una grande quantità di vino. Fattala trasportare allo Spedale in terza giornata per evitare qualsiasi spesa, ebbe scariche alvine e dopo qualche tempo venne dimessa guarita dell' occlusione e della laparatomia. Morì dopo un anno di tubercolosi polmonale.

Nei riguardi del vomito, mi venne a mente un'operata di Spencer Wels in cui lo Thornton davanti a un' emesi ostinata e minacciosa, il giorno seguente dell'atto operativo riaperse il ventre, staccò delle anse che aveano prontamente aderito ai margini interni del taglio e l'ammalata non ebbe più un sol conato.

Il 25-12-84 accolsi nel mio stabilimento una donna di 40 anni ridotta a mal partito da 12 anni di sofferenze dovute a forma specifica non mai riconosciuta. Era un caso tipico di gonnorea pelvica, possedeva un utero grosso infiltrato con ogni probabilità da fibromi; la matrice era letteralmente immurata; ed il grosso bastione che la circondava occupava di prevalenza la metà sinistra. Dopo di avere esaurite le ricerche cliniche scrupolosamente, addivenimmo alla laparatomia, la quale ci apprese che il fondo del bacino di sinistra accoglieva parecchie anse intestinali scaglionate le une sopra le altre e assieme tenute da tessuto connettivo e residui di essudati.

Di tutto il piccolo bacino non era possibile che vedere nel mezzo il fondo uterino a guisa di cupola irregolare prominente, alla cui destra si osservava un'appendice che a prima vista sembrava la tromba, mentre era l'appendice vermiforme strettamente adesa. Venne tolta questa aderenza, ma, sebbene allo scopo di riconoscere il campo si avessero tratte allo esterno tutte le intestina, si pensò che era miglior consiglio, per quanto doloroso, battere la via del ritorno.

Il piccolo bacino e gli organi suoi si apprezzavano meglio alla esplorazione vaginale di quello che a ventre aperto, poichè i setti e le tramezze generatesi per la lenta flogosi e per le violenti riaccensioni lo facevano inesplorabile. Dopo penosissima cura, con una sintomatologia delle più gravi e svariate, la signora si riebbe, e con un trattamento razionale migliorò progressivamente e vive tutt'ora in ottime condizioni di nutrizione non solo, ma potendo valersi di un'alacrità di vita sempre fino allora contrastatale dal lungo soffrire. Da un ultimo esame praticato or son pochi mesi, Inverno 1886, potei con tutta soddisfazione constatare i miglioramenti locali, dovuto compenso a tanta perseveranza nel seguire la cura prescrittale.

NOTE SUL TRATTAMENTO ADDOMINALE

Nihil perinde Medico conducibile censeo,
quam ut prudentem se praestere laboret.

HIPPOCRATES.

Se il secreto dell'odierno progresso sta nello « specializzare », è bene di ricordarsi mai sempre quel precetto del vecchio clinico: non abbiamo a combattere le malattie, ma dei malati da curare.

Solo l'attento esame di tutto il paziente, come soleva dire l'illustre Concato, dai capelli alle unghie dei piedi, deve essere sempre premesso a qualsiasi esame speciale, a qualsiasi imprendimento di purissima specialità. Nelle forme di tumori da noi studiate, abbiamo visto come i riflessi sul generale possono essere tardi e precoci; come l'elemento flogistico entri frequente e lasci dei residui; come il grande albero circolatorio subisca delle modifiche molto importanti, le quali a lungo andare logorano il centro, la resistenza individuale e falcidiano le probabilità del successo dato un imprendimento chirurgico.

Se i rimedi interni per la cura dei tumori non ne abbiamo, possiamo tra loro scegliere quelli che, d'accordo con bene intesa igiene, mettano il nostro paziente nelle condizioni migliori per essere soccorso.

Alla farmacia, alle cure balneari per modificare gli esiti di vecchie flogosi, alla idroterapia, alle acque risolventi di Castrocaro, dalle quali vidi ottimi effetti, a quelle ancor più potenti di Salsomaggiore nella provincia di Parma, alle terme ben a ragione celebrate di Bormio, degne rivali di Franzensbad, Marienbad, ecc., noi ci rimetteremo per avvantaggiare nel generale e localmente le ammalate.

Preparati di segala cornuta. — Contro le forme miofibromatose si ricorre dapprincipio ai preparati di segala cornuta. Oltre

la polvere di segala, sono in uso i suoi preparati, di cui i principali sono l'ergotina, l'ergotinina e l'acido sclerotinico.

Dalle ricerche sperimentali del dott. Marckwald (*Eseperimentelle Untersûch. über Ergotin. Ergotinin û Sclerotin saüre. Ber. üb. Verhand. d. Gesell. f. Geb. û. Gyn. zû Berlin Zeitschf. f. Gyn. Bd. X H. II*) risulterebbe che l'acido sclerotinico e il suo sale, sclerotinato di soda, sarebbero i più attivi preparati per la pratica ostetrica e ginecologica, ma che però la cederebbero all'ergotina dializzata - estratto acquoso purificato di segala cornuta - per il fatto che essi non possono essere usati per via ipodermica. La dose dello sclerotinato di soda oscillerebbe fra i 20 e i 30 centigr. L'ergotina dializzata per via ipodermica si inietterebbe ad un grammo di soluzione nei rapporti di uno su cinque di acqua - Schröder - ed anche di uno su tre.

Il Marckwald consiglierebbe per mitigare di molto gli effetti locali, di prescrivere il preparato puro ed allungarlo al momento con una soluzione di 0.73 % di sal di cucina. Egli aggiunge che la dose ordinariamente usata è sempre al di sotto del necessario.

Per ottenere la involuzione di fibroidi in cui si deve protrarre per molto tempo la cura, segnerebbe la formula di gr. 0.50 di ergotina dializzata pura; a scopo emostatico la porterebbe da un grammo a due. L'ergotinina di Tanret e l'ergotininum citricum del Gee, avrebbe, secondo l'autore, un'azione più energica sull'endopressione dell'albero vascolare diffusa, e la dose sarebbe da mezzo ad un milligr.

Seguii alcune pazienti nella Clinica dello Schröder, nelle quali si praticarono perfino cinquanta iniezioni di ergotina, con molestia estrema delle malate, le quali solo le subivano per la paura del coltello chirurgico, ma con poco vantaggio locale. Notai in qualche caso il ristarsi del tumore, il mutarsi dei caratteri fisici, guadagnando in consistenza; il suo rimpicciolire constatato a parecchi esami fatti a brevi intervalli, per cui è bene che ai nostri apprezzamenti s'aggiunga la libera volontà del malato di tentare altra via. Arrogi le vittorie ottenute da Hildebrand colle iniezioni, e gli altri molti casi sparsi nella letteratura (V. Lett.ª della Monografia di Marckwald, loc. cit.) di guarigioni ottenute con questo mezzo.

Sulla tecnica delle iniezioni ipodermiche. — La tecnica delle punture ipodermiche sembra cosa puerile, ma bisogna chiedere alle pazienti cosa ne pensano e come sopportano rubesticamente la puntura un poco smussa d'un ago, il lieve irrugginimento e come mal si adattano alle circoscritte celluliti d'indole infeziosa che qualche volta ne seguono. Non parlo delle eventuali complicazioni gravis-

sime, quali il tetano, di cui qualche caso venne reso di pubblica ragione. La ragione per cui le iniezioni ipodermiche di sublimato corrosivo non danno mai ascesso, sta nella sostanza iniettata eminentemente antisettica. Le iniezioni fatte in direzione meno obliqua sono le meno dolorose, perchè si tormenta meno la cute dove risiede la massima sensibilità.

Adunque antisepsi e l'accorgimento di non farle troppo superficiali e sempre lungi dai vasi che si vedono o si sentono, sono le norme per questo atto chirurgico così diffuso, di cui si può dire che nella pratica ha sostituito la lancetta.

Sulle iniezioni parenchimatose. — Le iniezioni parenchimatose dei fibroidi, sia dell'utero ed annessi, vanno perdendo ogni giorno terreno, e a ragione, poichè non se ne possono misurare le conseguenze; ad ogni modo per esse, oltrechè apposita siringa, devesi avere maggior scrupolo nelle misure precauzionali.

Lo stesso si può dire delle iniezioni endocistiche, dalle quali non possono venirci che rimproveri, poichè la tumultuosa sintomatologia che ne può seguire, fa le pugna coll'indirizzo attuale della chirurgia addominale.

Paracentesi. — Come nei fibroidi sono consigliate e da esperirsi le iniezioni ipodermiche di segala cornuta, così per le cisti ritenute semplici del legamento largo dobbiamo attenerci, come abbiamo veduto, dapprima al paracenterio.

Può essere il segmento cistico molto basso, da mutare il fornice vaginale in una convessità, cosicchè dato all'esame la traduzione netta e immediata dell'onda suscitata da leggiera percossa sul ventre, potremo scegliere all'incisione o puntura la via vaginale. Mi limito a notare che la vagina è cattivissimo ambiente di disinfezione. Sarà buona pratica lo spostamento degli strati da incidersi, e buona profilassi il tampone jodoformico contro la successiva infiammazione diffusa della parete, a cui s'accompagnerebbe il tessuto lasso del parametrio. Nell'agire in vagina più che l'occhio, il dito deve essere la guida per schivare la lesione dei vasi arteriosi, l'occhio può salvarci dal ferire le vene, che possono essere assai grosse, la rottura di una estasia venosa del fornice fu in un caso di mia conoscenza causa di morte. Se si punge l'addome è precetto lavar bene e rendere asettica ogni cosa: mani, istrumenti e parte da colpirsi. Il punto di elezione è quel di mezzo, fra il bellico e la spina anteriore superiore. Si deve sempre schivare il margine esterno del muscolo retto per evitare la lesione della epigastrica. In casi di contemporanea gestazione la puntura si deve fare più

alta possibile, poichè il fondo dell'utero più che poterlo palpare lo si deve in tali casi calcolare.

L'ombellico è più spesso sfiancato da ascite che da tumore cistico; se esiste un tal sfiancamento e la cute fa sacco esteriore, sospettandosi che il liquido retroposto appartenga alla cisti, può essere scelto per la paracentesi. Dumreicher (*N. d. Viener Aerzte 1866,* pag. 306) racconta di una donna che sottopose per 70 volte alla punzione ombellicale fatta allo scopo di esame.

Dovendosi ripetere la paracentesi è miglior garanzia scegliere il punto di prima a scanso dei vasi. Serres perdette alla 5ª paracentesi una paziente, e Delpech, come scrive Olshaüsen, alla 14ª per emorragia interna, e in ambi i casi era stato mutato il luogo della puntura. L'infissione del trequarti, mai molto grosso, si fa con forza ma a mano sostenuta. Successivamente sarebbe sempre desiderabile una fasciatura strettamente antisettica, sebbene dall'esperienza si sappia che non si deve gran fatto temere quando, come nel più dei casi, si ommetta.

Cenno sugli antisettici. — Prima di parlare della laparatomia premettiamo un cenno sui mezzi antisettici che oggi turbinano nella pratica chirurgica ed anche medica.

Nella memoria del Droische - *Arch. Clinico Italiano* 9 agosto 1884 - troviamo:

Le soluzioni di sublimato corrosivo e di nitrato d'argento godono di proprietà microbicide le più marcate. Un grammo di questi sali su 10 chilogr. di acqua danno un liquido che uccide tutti i microorganismi. La virtù microbicida del bromo, del cloro, dell'iodo è 10 volte minore.

L'acido salicilico e l'acido Benzoico vogliono essere impiegati a questo scopo al 500.°

D'acido fenico occorre 1 gr. sopra 150 gr. di acqua; di borace la soluzione satura 7 a 8 gr. su 150 gr.

Il tymol si usa all'uno per mille, ed è molto aromatico, ma assai poco solubile.

Dal sovraesposto specchietto, noi vediamo in quale esagerazione non si incorra nella pratica di molti spedali, per non dir dappertutto. La fu, direi quasi, una vera disinfettantimania quella che ha su vastissima scala dominato.

Nel periodo di due anni che fui medico secondario allo Spedale di Vicenza, con sacrificio non indifferente delle mie mani e di coloro che dovevano subirmi nel mio entusiasmo rabbioso per l'antisepsi, non mi sembrava il mezzo mai sufficiente per quanto caustico, nè mi smuovevano gli appunti sull'enorme scialacquo troppo

gravoso per un'amministrazione spedaliera, per le quali, fra parentesi, è sempre tutto troppo. In Austria, in Germania, specialmente in quest'ultimo paese, non trovai gran fatto di dovermi ricredere, sebbene in nessun luogo si arrivasse alle soluzioni del 20 % (!). Dopo di aver assistito un paio d'ore alle laparatomie del Martin – Nefogene al 5 % – ambiente piccolo – le prime urine uscivano oscure e l'appetito andava in isciopero per qualche giorno.

Ma nel King-Kollege Ospital, presso l'illustre Lister, cui ognuno di noi deve speciale riconoscenza per l'affetto che mostra agli italiani che si presentano alla sua Clinica, modificai le mie vedute radicalmente. Egli non si vale che di soluzioni dall'1 ½ al 3 % e ritiene sufficiente il 2 %.

È però difficile a descrivere felicemente lo scrupolo e la pazienza con cui impronta ogni suo atto, con cui fa ogni medicazione dalle più semplici alle più complesse; basti il dire che egli fa tutto.

Si fu appresso del gran maestro che divenni molto tiepido nei riguardi dello Spray; egli se ne vale poco, con soluzioni leggiere che non arrivano al 3 % e solo quando deve dominare delle cavità.

Non posso a meno di ricordare quanto miticoloso, paziente e non mai contento di essere esatto non fosse il nostro venerato maestro Vanzetti; alla sua bella mente, quasi chiaroveggente, ha forse balenato l'idea, di cui fu il precursore il Semmel Weis nello studio e nelle violentissime polemiche intorno al trattamento della febbre puerperale, e che doveva trovare un interprete e un sistematore nel Lister, uscito dai gabinetti di Pasteur.

Il Bergmann disse e giustamente: l'antisepsi non consiste tutta negli antisettici ma negli accorgimenti nostri per grossa parte. Il Lister soleva ripetere: « Questo metodo spesso salva chi fa male », e noi aggiungiamo garantisce il compenso a chi fa bene.

La storia di quel pastore che per una scornata si ebbe le budella tratte fuori e stette senza soccorso lunghe ore in un fosso dove i suoi intestini si erano fatti brutti di sangue e di fango, e che sopravvenuto il chirurgo, trovandolo ancor vivo, lavate e rilavate le viscere gliele ripose e guarì, ci parla assai per l'accurata lavatura, predicata fin dalla bibbia, siccome la prima antisepsi. Il fango che avea lordate le intestina al pastore è stata forse la salvezza del paziente, poichè costrinse il chirurgo a lavare abbondantemente.

In ogni caso, giacchè abbiamo la fortuna di avere a nostra disposizione tanti mezzi antisettici provati, siamo devoti al « melius est abbundare », ricordando però i casi di avvelenamento per acido fenico, per sublimato di cui scrisse ultimamente il Welponer di Trieste, per jodoformio, di cui ne vidi più esemplari e uno in ispe-

cie, nella Clinica del Braun in cui si durò fatica per lunghi mesi a riavere la malata.

L'egregio mio amico dott. Carlo Porta mi fu cortese della seguente nota preventiva che io riporto nell'intesa di far tesoro di quanto può tornar utile e ciò che più importa di facile applicazione.

« Sembrerebbe ormai fuori luogo l'occuparsi con tanta insistenza della ricerca di nuovi mezzi per la medicazione delle ferite dopo le continue e differenti modificazioni apportate al metodo Listeriano, perchè potrebbe darsi, come nota al Mikulichz, che ogni novità che si cerca introdurre venga accolta con indifferenza. Ma se i mezzi finora proposti corrisposero generalmente sotto il punto di vista delle riunioni immediate che favoriscono, non trovarono tutti la stessa accoglienza per i facili avvelenamenti o per la difficoltà dell'applicazione, o per il loro prezzo elevatissimo.

« Trovandomi ad esercitare la chirurgia in un centro, dove posso misurare l'enorme differenza che passa tra la pratica dell'ospedale e quella delle case di campagna, dove fa difetto perfino la luce del giorno, dove non è sempre possibile l'avere in pronto un materiale opportuno; mi proposi quindi la soluzione del quesito di potervi supplire con un mezzo tanto diffuso da essere alla portata nei casi improvvisi e di urgenza. Avendo osservato come si conserva la carne col tenerla semplicemente esposta all'azione del fumo, ed avendo osservato come i contadini tenessero nette e granuleggianti le ferite coll'applicarvi i residui di tela di filo lentamente combusta, pensai di servirmi della fuliggine.

« Questa sostanza di colore non affatto nero, marrone scuro, che abbonda a fiocchi e a scaglie dove abbonda il fumo, lungo le canne dei camini, ha per principii attivi il creosoto e i prodotti affini, acido fenico, pirolegnoso. Si può ridurre in polvere finissima ben differente dal nero-fumo e dal carbone, sia per proprietà fisico-chimiche, sia per azione terapeutica. Lo si usa in agricoltura quale ottimo concime. In medicina fu usato internamente contro la malaria. (*Boll. Medico di Bologna,* 1850) come polvere dentifricia, e in veterinaria per la cura di alcune piaghe.

« Fino dall'anno scorso esperimentai la fuliggine nelle ferite accidentali, facendo ove occorreva una sutura anche con filo comune, applicandovi poscia una sottile pezzuola bagnata in acqua bollente e cospersa abbondantemente di polvere di fuliggine; vidi quasi sempre la riunione immediata e non ebbi a lamentare mai un caso di flemmone od eresipela. Quest'anno adoperai la fuliggine su più larga scala e la usai con incoraggiante successo anche nei casi di operazioni importanti.

« 1.° caso, ai 5 maggio 1884. Resezione subtracanterica del femore sinistro per coscite suppurata con anchilosi angolare. Acqua e spugne fenicate durante l'operazione. Medicazione con cuscinetti di fuliggine e ferula esterna. Apparecchio di estensione permanente. Maximum temperatura 39° in terza giornata. Quindi normale. Dopo due mesi residuava piccolo seno che non impediva alla piccola inferma di camminare anche senza stampelle sul suo arto accorciato ma servibile.

« 2.° caso. Erniotomia in vecchio malandato. Cuscinetti di fuliggine alla medicazione. Guarigione perfetta.

« 3.° Amputazione della coscia a lembi cutaneo-muscolare per artroflogosi fungosa del ginocchio trattata colla resezione due anni prima. Guarigione perfetta colla medicazione alla fuliggine. In questo caso si usò delle quadrate di garza alla fuliggine in contatto immediato della sutura. La prima medicazione venne lasciata in sito otto giorni. Alla seconda, l'ammalata abbandonò il letto e poco dopo l'ospedale.

« 4.° Escisione alla Lister della mammella destra per epitelioma in donna di 60 anni. Sutura ad γ rovescio. Guarigione perfetta colla garza medicata alla fuliggine in primo tempo. Il punto di riscontro delle tre linee di sutura diede due o tre goccie di umore che non avea nemmeno l'aspetto di pus. Un tampone all'acido salicilico rimasto nel cavo ascellare mi diede una febbre a 39.° In quindicesima giornata l'ammalata era del tutto guarita.

« Il 5 novembre praticai l'operazione radicale di voluminosa ernia inguinale destra incoercibile. La disinfezione anche questa volta fu fatta colla soluzione fenicata. Mi valsi del processo di Nussbaum; escisione del sacco, sutura del collo con punti alla Lembert. Fissazione con due punti del moncone all'anello che in questo caso era largo due dita trasverse. Escisi di tegumenti cutanei per 10 cent. di larghezza sopra 6 cent. di altezza. Praticai sutura profonda e superficiale, corto tubo a drenaggio, applicazione di garza preparata alla fuliggine, cotone idrofilo, fasciatura a spica. Maximum della temperatura il giorno seguente 37.°7. Nessuna sequela. La medicazione restò in sito otto giorni; al dodicesimo giorno l'operata era completamente guarita.

« È vero che la fu sempre una medicatura mista, ma al contatto immediato si ebbe sempre la fuliggine ed i risultati non potevano essere più incoraggianti, e mi inducono a ritenere la sua azione antisettica di poco inferiore e forse più duratura di quella dell'acido fenico e del sublimato.

« Pochi giorni sono feci l'enucleazione di un adenoma grande come una noce della mammella destra; disinfettai coll'infuso di fu-

liggine, medicai colle lunghette di fuliggine. In ottava giornata era a casa propria.

« Mi chiamai contento della fuliggine usata in polvere sulle piaghe di decubito, ulceri gangrenose, torpide e di vecchia data; in due casi di frattura complicata a lesione delle parti molli; me ne valsi con buoni effetti sotto forma di unguento nelle malattie della pelle, in ispecie nelle parassitarie, non esclusa la tigna.

« Coll'infuso di fuliggine trattai un empiema previamente vuotato col processo di Estländer; curai catarri vescicali e d'altri organi con piena soddisfazione. Adoperai l'infuso alla conservazione e preparazione di lunghetta, tubi emissarii, cotone, ecc.

« Concludendo, la fuliggine riunirebbe in sè i pregi più desiderabili, cioè azione antisettica senza pericoli, applicazione facile senza bisogno di un'occlusione impermeabile; non ha odore spiacevole come il cloro, l'acido fenico, l'jodoformio; non è irritante come il sublimato, non sporca come si crede, nè quanto il carbone, ma solo tinge leggermente. La si trova dovunque e non costa si può dir nulla. Sarebbe un vero Asettolo. »

Io feci estesa esperienza della fuliggine e con soddisfacentissimi risultati, come cateretico, come antisettico, e rapidamente ottenni il ripararsi di escoriazioni, il modificarsi di catarri, l'impallidire di mucose arrossate e tumide. Me ne valsi sempre come infuso più o meno leggero a seconda del caso e non saprei lodarla e raccomandarla abbastanza, specialmente nella pratica povera dove la portata del mezzo è termine necessario di successo.

Ora il Lister, (Vedi *Raccoglitore Medico,* 10 agosto 1886), si serve esclusivamente dell'antico sale di Alembroth solubile, l'antico sale della saggezza e della scienza degli alchimisti ($HgCs + AzH^4Cl$). Con questo sale inzuppa tutti gli oggetti di medicazione in una soluzione all'uno per cento e gli fa quindi asciugare. Poi colora tutti i detti oggetti così preparati: garza, cotone, lint, fasce, con una soluzione di uno su dieci mille di anilina bleu, cosicchè ad ogni secrezione lacalina la medicature muta il color turchino in rosso, indicando il momento in cui deve essere mutata la medicazione (!).

Le stoffe così preparate prima della loro immediata applicazione si bagnano in una soluzione di sublimato corrosivo all'un quarto su due mille per distruggervi le materie settiche che potessero inquinarla.

Dei metodi e degli istrumenti. — Chi volesse elencare il numero dei metodi operativi e degli istrumenti col nome degli autori padri e più spesso padrigni di essi, non farebbe che un'opera di un interesse ben relativo, in cui, per quanto il lavoro fosse spas-

sionato e paziente, le inesattezze sarebbero numerose e con esse il tributo di merito e di onorevole ricordo.

Le classiche opere di alcuni maestri, Spencer Wels, Olshausen, Freund, Hegar ù Kaltemback, Peruzzi, i quali trovarono nella accurata disamina e classifica la giusta via per additare magistralmente il buono e improntarne molta parte col proprio nome, modificando e semplificando senza partigianeria, perchè superiori, contengono questo prezioso deposito del passato, e, se è bene averne conoscenza esatta per misurare il fatto cammino, quando in oggi in luogo di un armamentario imponente possiamo con poco ottenere gli stessi effetti, e il metodo migliore combina colla massima semplicità, si può dispensarci dal riportare quanto, per chi ne avesse desiderio trovasi con ogni accuratezza raccolto, ordinato e in gran parte giudicato.

La nostra strada è invece libera, poche norme e pochi istrumenti, ma scrupolosamente rispettate le une e di buona tempra e fattura i secondi, ci mettono in grado di rispondere a quasi tutte le esigenze dell'arte.

Ognuno individualmente porta con sè le ragioni di quelle piccole aggiunte, di quelle piccole modifiche a norma dei requisiti che possiede, delle peculiari circostanze in cui agisce.

Ad esempio, dopo di aver seguito per sette mesi l'illustre Martin, il meritamente celebrato ginecologo di Berlino, credo senza tema di errare, l'operatore più perfetto negli imprendimenti in vagina, dove con sicurezza del maestro, con destrezza senza pari lo vidi dominare il bacino, non d'altro munito che del porta aghi a tenaglia senza fermi od aggiunte, allorquando mi si offrì di operare sull'utero, mi trovai non poco imbarazzato per l'assistenza, sempre penosa quando oltrepassa i quindici minuti, di chi deve abbassare il perineo collo speculum a valva; si aggiunga che all'assistente cui spetta un tal ministero convien affidare i fissatori, se non tutti, in parte, e i fili mano mano che si procede. Tenuto conto che un atto operativo, anche per i più destri può durare da un'ora e mezza a tre ore diventa l'assistenza gravissimo incarico anche ai più robusti. Feci allora praticare un foro a vite nella porzione estrema dello speculum, poco sopra al suo punto di inserzione sul manico e in esso adattai una lamina trasversale fenestrata ai lati ad anello, tenuta in sito dalla vite a pressione; applicato lo speculum e calcolata la forza di trazione necessaria la affido ad un cordone elastico passato ad ansa negli anelli laterali e che lego al traverso del letto d'operazione, cosicchè all'assistente non resta che mantenermelo in sito, stando a me di abbassarlo a piacere accorciando o allentando il laccio elastico.

Egli è certo un'applicazione assai semplice, e di cui poteva far senza il Martin ed altri che dispongono di molti assistenti, sebbene seduta stante pratichino parecchie operazioni; tuttavia mi permisi di accennare a questo espediente a conferma del mio asserto, ed anche perchè può esser bene accolto da coloro che dispongono di poco e sono i più.

Lo Schröder, che potei ammirare per lo stesso tratto di tempo, si propone di ridurre al minimum gli istrumenti del laparotomista; egli sopprime perfino il trequarti; incide largamente le cisti e ne lascia sgorgare liberamente il liquido; e estirpate che siano si mostra accuratissimo della toilette del bacino, per la quale però ei non si vale che di una sola spugna, che mano mano risciacqua.

Il Pean del quale assistei a non poche laparotomie, con affetto più che paterno per le sue *pince* corte, lunghe e di colore diverso ne lascia in sito provvisoriamente tante da dar l'aspetto di un *lavoro di topografia.*

Fino a poco tempo era questione di attualità il trattamento extra peritoneale in confronto dell'intraperitoneale o di affondamento, il quale solo si motivava in semplici speranze o tentativi isolati.

La questione è voglia o non voglia finita a pro' del secondo metodo che ispirava all'Olshausen - Malattie degli ovari, pag. 288 - in calce alla critica discriminativa dei metodi la proposizione seguente: i Klamm appartengono adunque al glorioso passato e l'affondamento al quindinnanzi, - Vollkommenere Zukünft -.

Uno dei punti difficili in chirurgia, era quello che si occupava delle suture, alcune delle quali facevano meravigliare per l'acutezza di chi le aveva proposte, e bisognava rompersi il capo per farsene una giusta idea, desumendola dalla non sempre facile descrizione; aggiungi la diversità del materiale, dal filo d'oro degli antichi al Silkwormgut, ghiandola del baco da seta preparata e distesa; oggi, conosciuti sperimentalmente i destini del materiale usato, colla seta di più grossezze, colla sutura semplice o a ripiani, si provvede ai coaliti più importanti e alle emostasie più difficili. Egli è bene di conoscere le suture intercise, continue, a filzetta, attorcigliate, a caviglie, a placche, a perle, a capi esterni, a torsione per i fili metallici; e si potrà valersene quando che sia, ma non rappresentano più il « sine qua non » per essere un distinto chirurgo.

Il molto di prima deve andare tutto a vantaggio del poco ma esatto fino al più piccolo scrupolo, sicuri di splendide ricompense; è l'epoca dei chirurghi.

Adunque, tenendo per ottimo consiglio il preparare sempre in duplicato gli istrumenti di cui si abbisogna, noi non vorremo restringerci al numero sette, compreso il porta aghi, che bastano allo

Schröder, poichè nei tumori cistici col sacrificio di qualche minuto di più è comodo e proprio l'uso del trequarti; dei molti e ingegnosissimi paracenteri a griffo, a fermo, ecc. concederei ogni preferenza a quello di Hegar, semplicissimo tubo d'acciajo, un po' ricurvo alla estremità a cui s'innesta il tubo, per la lunghezza di quattro centimetri, nel resto retto fino alla punta foggiata a larga penna bene aguzza e tagliente sui bordi. Due o tre scalpelli di recente affilati, poichè l'acido fenico gli rende in breve ora inservibili; due o tre forbici di lunghezza diversa; qualche pinzetta anatomica e specillo solcato; pinze del Pean e del Langenbeck, che quelle a bottone specialmente coll'immersione antisettica sono da rifiutarsi; qualche forcipetta a uncino semplice e doppio e a fenestre, di preferenza dentate, e tutte queste con fermo facile e sicuro; qualche ansa metallica sul modello dei serres noedes del Köberlé e del Cintrat; del cordone elastico che può essere rappresentato da anelli di egual sostanza – Schröder – come sono in uso adesso in alcune cliniche estere nelle amputazioni sopravaginali; qualche portaspugna lungo; due port'aghi del modello cui si si è abituati costituisce il *quantum necessitat.* Sarà ottima cosa avere in pronto il Pacquelin, potere all'evenienza disporre di altri mezzi quali la ansa galvanica, aghi coperti, lunghi del Pean e del Diffemback, pinzette lunghe e robuste per far prese profonde provvisorie. Le spugne meritano ogni nostra attenzione sia nel prepararle, nel conservarle e nel numerarle.

Il Lister lascia le spugne adoperate in macerazione per molto tempo nell'acqua semplice, onde quanto v'ha di organico rappreso spontaneamente si disgreghi. Quelle nuove bollite, battute, lavate e trattate coll'acido cloridrico per liberarle dai sali calcarei si conservano in vasi ben chiusi nel liquido antisettico; io le lascio in una soluzione fenica al 3 per cento. Non mi dilungo sulla preparazione loro, poichè ognuno si può dire si affida alla propria. Ad ogni modo al possibile sorveglianza diretta. Non si apre il vaso che al momento di servirsene. Il sublimato corrosivo all'uno per mille serve bene per la disinfezione preliminare dell' operatore e degli assistenti, però va mano mano perdendo favore per gli effetti dannosi che gli si attribuiscono. Gli istrumenti vengono immersi in liquido fenico al 5 per cento. Al 3 per cento è quello che serve alla disinfezione intermittente durante l' operazione e nel risciacquo delle spugne.

L'operanda convenientemente trattata cogli aperitivi e dieta tonica ma ristretta, assume sei ore avanti l' operazione tre polveri stitico-sedative. Qualche ora prima bagno generale fenicato. Successivamente poco marsala e vino generoso. Ottenuta la narcosi con

cloroformio purissimo o colla mistura del Billroth, cloroformio, etere, alcool, o con altro anestetico cui si dia la preferenza, approntato l'etere per iniezione e la macchina per la faradizzazione del vago e del frenico in caso di urgenza, si lava il ventre abbondantemente con acqua e sapone irrigandolo con liquido antisettico, soffregandolo colla spazzola divenuta *l' indispensabile odierno* del chirurgo.

A disciogliere il sebo cutaneo vidi il Volckmann lavare ripetutamente coll'etere, con cui ottiene anche un certo grado di anestesia locale a scanso di quei sussulti e contorcimenti che sono tanto frequenti, anche quando la narcosi sembra completa, all'incisione della cute. I peli si radono prima, ciò che non è sempre possibile, poichè disgusta il senso fino delle donne, offende le vanità recondite del sesso, o al momento con ogni accuratezza. Vuotata la vescica, se il caso lo richiedesse, si pratica la disinfezione della vagina, il suo tamponamento antisettico, si introduce il pessario compatto consigliato da Spencer Wels per innalzare l'utero e gli annessi a facilitazione dell'imprendimento addominale.

Operanda, operatore, assistenti in stretta etichetta antisettica, sicuri degli inservienti e tranquilli sul materiale, possiamo affrontare con serenità le esigenze dei casi più serii. Se cade uno strumento nessuno si pieghi a raccoglierlo; se qualcuno lede l'antisepsi tutti sono in dovere di darne avviso per le precauzioni relative.

La narcosi affidata a chi è famigliare con essa non deve turbare la pace dell'operatore; d'ordinario o si ha troppa paura o si è troppo corrivi. La reazione della congiuntiva bulbare segna il limite della somministrazione dell'anestetico. Il miglior espediente contro il vomito è il cloroformio stesso; l'arma che uccide, in questo caso guarisce.

Per quanto si riferisce ad ulteriori ragguagli mi richiamo ad una nota pubblicata nella *Gazzetta Medica* della provincie venete. La narcosi alle cliniche di Vienna. Il Lister, lo Schröder, e altri rivolgono tutta la loro attenzione durante l'anestesia al respiro, alle sue eventuali modificazioni.

Laparotomia. — Nell'incidere le pareti addominali gli uni, Pean, Martin, si trovano seduti «inter crura» delle pazienti, di cui gli arti inferiori nel letto del Pean sono sostenute da gronde articolate, in quello del Martin, uno scanno comune con cuscini, poggiano sul lato esterno delle coscie dell'operatore; praticano l'incisione a strati, con coltello a penna da scrivere, necessariamente dall'alto in basso. Tal metodo offre due grandi vantaggi; concede due assistenti ai lati, pure seduti, le cui mani sono del tutto libere,

l'occhio dell'operatore è vicino al campo chirurgico; manca però di quella proprietà cui difficilmente si rinuncia; di più, se chi opera vede meglio, chi assiste deve il più delle volte congetturare.

Gli altri chirurghi, e sono i più, tengono classicamente la destra della malata, avendo a fronte l'assistenza diretta e conducono il taglio a strati dall'alto al basso.

Le Schröder preferisce la sinistra dell'operanda, incide con mirabile maestria, in due tratti, le pareti dal basso all'alto; tiene alla sua sinistra il bacino cogli istrumenti; a destra del suo assistente sta chi si incarica degli aghi; a destra dell'operatore e a sinistra dell'ajuto la bacina di disinfezione.

Ammettendo che le differenti modalità sono in gran parte questione di abitudine e di scuola, pure non è del tutto indifferente appigliarsi ad uno piuttosto che all'altro metodo.

Io prescelgo quello dello Schröder, perchè meglio si sorveglia la porzione inferiore del taglio e più comodamente si domina il bacino, poichè, non tutti essendo ambidestri come vorrebbe Celso, è più spontanea la rotazione in una alla flessione del tronco della sua metà destra in confronto della sinistra. In ogni caso è question di abitudine.

A seconda dei criteri diagnostici, sia che necessiti la semplice incisione esplorativa, sia che si tratti di tumore non molto grande, si regolerà l'ampiezza del taglio, quando è possibile, definendolo prima dell'apertura del peritoneo il cui strato adiposo esterno ordinariamente serve di guida, sebbene in un caso dell'Olshausen abbiamo veduto che non ne è sempre possibile la constatazione. Diviso il peritoneo, quando lo spessore delle pareti addominali è cospicuo, è ottima pratica fissarselo con qualche punto da ambi i lati. Bene inteso che l'emostasia deve procedere di pari passo coll'atto operativo, sia coll'abbandono provvisorio delle pinzette, colla legatura o colla torsione dei vasi, metodo questo che un chirurgo americano volle applicare perfino ai grossi vasi del peduncolo come trattamento unico, al quale non si affiderà certo alcuno che si voglia restar sicuro, ad onta dei risultati pubblicati in un giornale di New-York.

Scoperto il tumore, distratti gli intestini, i quali possono essere al caso tratti fuori e arrovesciati all'insù, raccolti in un pannolino inzuppato in una soluzione di tymol all'1 ‰ piuttosto calda, ne raccoglieremo i caratteri esterni e i suoi rapporti.

Quelli delle cisti semplici del legamento largo sono o possono esser precisi, ed a riconoscerli ci serve il contegno del peritoneo e della tromba; il primo le riveste interamente e lo si stacca qual sottile lamella dalle pareti della cisti, mentre nelle cisti ovariche l'ilo segna il confine del rivestimento sieroso; la tromba decorre

sulla parete della cisti stessa con o senza il suo mesotubo, a seconda del volume assunto dal tumore.

Premessa dall'operatore una ricognizione, per quanto le condizioni del caso il concedono, degli organi e dei loro rapporti, si presenta tosto il grosso quesito delle aderenze.

Il tumore, qualunque esso sia, può esser libero, e può aver contratti vincoli dai più semplici ai più complessi per semplici briglie, fusioni, concrescimenti, spostamenti e fissazione di organi mobili, ecc.

Delle aderenze e loro trattamento. — Questo capitolo raccoglie quanto vi ha di più penoso nell'ardita impresa del laparatomista; è su questo terreno dove la tranquillità d'animo, l'esperienza, il colpo d'occhio, la finezza del tatto, deplorevolmente compromesso dalle soluzioni troppo forti di acido fenico, la intelligente prudenza che si deve render conto di tutto e la bene spesa economia del minuto, sono necessarie. Questo è il campo dove l'operatore prova sè stesso, poichè l'adattamento degli organi e la logica dei fatti smentiscono le deduzioni più fine del diagnosta. L'istrumento più perfetto e più innocente è sempre la mano; è ad essa che l'operatore si affida per apprezzare anzitutto i coaliti colla parete del ventre. Per una breccia più o meno larga, a seconda del caso, il dito, l'intera mano e parte dell'avambraccio viene introdotta per rilevare i rapporti e vincere le facili resistenze, e sposta quanto è intromesso o tenta intromettersi di omento e di anse intestinali.

La natura del tumore muterà il nostro contegno. Se il tumore non è cistico, l'apertura addominale dovrà esser sufficiente a permettere l'uscita allo esterno e con esso quelle aderenze non superate dal dolce movimento di lateralità del dito e della mano; se lo è, il vuotamento può permettere in secondo tempo lo sbrigliamento e le legature necessarie. Ad ogni modo è meglio sempre abbondare nella incisione addominale. La resistenza dei tessuti è varia, facile la lacerazione dei vasi, specialmente delle vene rigonfie; in molti casi in cui non si trattò che di estrarre una vera bisaccia dopo di averla vuotata e alla quale bisogna si accontentò di piccola incisione, l'esito fu infausto, e ciò perchè con massima probabilità non potè esser fatta una toilette rigorosa. Le vene possono dilatarsi in modo da esser cordoni della grossezza di un dito, e così vicine le une alle altre, che gli strappi nei maneggi per dominarle si possono moltiplicare ed esaurire le risorse dell'operatore.

Un giorno mi trovavo ad assistere ad una laparatomia praticata dal Pflaiphair, per tumore uterino. Il valente ginecologo si era proposto l'ooforectomia. Ai lati dell'utero erano le vene assai dilatate

e i diametri dei tubi vascolari superavano le grosse penne d'oca. In uno dei primi maneggi una vena fu lesa e la legatura di quella ne stracciò delle altre, così che dopo inutili tentativi di emostasi accolse il consiglio di applicare alla base un'ansa metallica, poichè non si aveva un laccio elastico; il serranodo, con una faraggine di pinzette, venne lasciato in sito e assicurato alla meglio all'angolo inferiore della ferita. La paziente soggiacque dopo sei ore.

Egli è certo che l'emostasia è la cosa principale a cui devesi por mente nel vincere le aderenze.

Non si possono dar norme per la forza di trazione che può e deve impiegare la mano, e solo la pratica e il fatto specie possono indicarlo al chirurgo. Se il tumore è a concamerazioni, questo, oltre il contenuto, possono avere pareti di spessore diverso, e nei tentativi alla cieca per isolare la massa ne possono venir lacerate con travaso del contenuto e servire di punto di partenza di un'infezione successiva. Nelle strettissime aderenze è meglio escidere dalla parete cistica, che resta innocua.

Il Pean a tre o quattro centimetri dall'aderenza passa un ago metallico, che serve di sostegno alla legatura portata sotto di esso e permette la provvisoria ma sicura divisione dei tessuti e impedisce qualsiasi stravaso. I tumori a lento sviluppo contraggono più facilmente aderenze di quelli che si svolgono con una certa rapidità. In genere può dirsi che è la parte più prominente quella che più facilmente concresce; s'aggiungono i traumi e le iperemie ricorrenti; nei traumi devono esser contemplati anche i chirurgici palpamenti, ripetuti assaggi, applicazioni elettriche, ecc.

La guida, nei casi di estesi concrescimenti per riconoscere il peritoneo dal tessuto della parete cistica è il grasso preperitoneale che in copia maggiore o minore sempre si incontra.

Qualche volta vuotare in parte il tumore giova per trovare la buona via per disseccarnelo, e in qualche punto si stacca spontaneamente nel collabire.

Può avvenire per un erroneo apprezzamento, il distacco del peritoneo ispessito dalle pareti addominali; se ciò avviene per piccolo tratto, il fatto sarà senza conseguenze, se su larga estensione, può esser causa di essudazioni cospicue.

In tale evenienza, Hegar consiglia la sutura a materazzo, e a ciò presceglie il catgut. Egli trafigge dallo interno allo esterno il peritoneo staccato e la parete addominale con due aghi, e assicura i capi con caviglie allo esterno, ripetendo il punto a larghi intervalli.

Più semplice è il processo di fissare il peritoneo interrottamente alla parete addominale, trafiggendo con un ago armato dallo

esterno allo interno parete e sierosa, fissando con caviglia il capo allo esterno e quindi procedendo a filzetta la fissazione del peritoneo ai sovraposti strati muscolari, riuscendo coll'ago dopo di aver percorso tutto il tratto disseccato nuovamente allo esterno e fissandone il capo del filo con una seconda caviglia. Non è fuori del vero che un'accurata antisepsi, praticata la solita sutura profonda, può e deve scongiurare ogni pericolo.

Per l'omento e i rapporti suoi col tumore, sta bene mettere avanti che può essere asportato impunemente anche tutto, come fece Pean in un caso di cisti dermoide bilaterale, e l'operata guarì.

Può l'omento entrare in tali e così estesi rapporti col tumore che sia, per la superficie, come per la vascolarizzazione, non riesca facil cosa il dominarlo. Questi rapporti possono esser semplici e possono essere assai complessi per l'esistenza di altre aderenze. Eccepito il caso in cui il dito saviamente adoperato può bastare, il partito da preferirsi è la doppia legatura, valendosi pure delle prese provvisorie con piccoli forcipi e pinze. Pean si vale di una combinazione di fili passata a un centimetro di distanza uno dall'altro, i cui capi a due a due vengono legati sopra e sotto; procedimento molto indaginoso, da mettere nella famiglia di quelli che possono trovare la loro giusta applicazione, guardandosi però da erigerli a metodo. Può darsi, per esempio, che sia impossibile il far passare un'ansa di filo con doppia perfissione da fuori in dentro e da dentro in fuori per abbracciare un tratto di tessuto che vuol essere legato, mentre torna agevole di raggiungere lo scopo col metodo sopraesposto. Hegar e Kaltemback consigliano la legatura in massa provvisoria e quindi la legatura e torsione dei singoli vasi.

Nel trattare l'omento in legature in massa o parziali vi ha un pericolo serio, al quale non mancarono di por mente i ginecologhi; che cioè il moncone e i monconcini possono contrarre tardive aderenze cogli organi mobili del ventre, inceppandone il movimento e preparar briglie ad un possibile strozzamento intestinale. In base a questi criterii, Gusserow, Pirogoff, Stelzner ed altri, sarebbero venuti nell'idea di doverlo sempre raccomandare allo esterno, lasciando che spontaneamente si ritirasse; lo che in un caso di Gusserow avvenne in 19ª giornata. Però la mobilità degli organi del ventre, cioè le anse intestinali, provvede in parte a scongiurare un tal fatto, e non è da nascondersi che il procedimento suesposto offre una maggiore probabilità di infezione e non è punto commendevole per i ristagni, tumefazioni, essudazioni, fenomeni di strozzamento che ne possono seguire. La paziente di Stelzner fu vittima di un tale accidente. Olshausen, per i sintomi succennati, dovette

dopo otto ore favorire la riposizione, togliendo il filo che lo tratteneva allo esterno.

È quindi controindicato il lasciare in cavità molti monconcini; è d'altra parte pericoloso il trarli assieme allo esterno: sarebbe forse miglior consiglio comprenderli nel primo punto di sutura profonda, e tenere così la superficie del moncone in contatto delle pareti addominali, cioè del peritoneo parietale. Non avendo nessuna esperienza in proposito, non intendo che la mia proposta sia senza mende.

Nei riguardi dell'intestino, le aderenze sono complicazioni di gran momento ed esiste veramente una proporzione diretta fra loro e le difficoltà e il pericolo che vi si lega. Precisamente nei tumori cistici dei legamenti larghi - Cisti e Cistomi - può la larga base del tumore aver contratte aderenze multiple colle anse intestinali per lungo tratto, così da rendere pericoloso la dissecazione di esse dal tumore; ne possono tor di mezzo le tuniche della parete intestinale, prepararsi una apertura che inosservata durante l'atto operativo, sia causa successivamente di peritonite iperacuta. È regola impreteribile di vincere le adesioni sempre a carico del tumore quando si si valga di istrumenti taglienti. In un caso, l'Olshausen fu costretto a escidere circa 12 cent. di parete cistica; in un altro caso, dove il concrescimento esisteva, per qualche decimetro. Pean lasciò altrettanto di parete cistica di cui raschiò con cura l'epitelio. Diagn. dei tumori ovar. pag. 419 - Caso 135. - Accenno alla proposta di Pean di comprendere nella sutura delle pareti addominali la porzione di cisti colle aderenti anse intestinali per favorire l'uscita di un eventuale formazione di marcia alla esterno. A me toccò di dover staccare un'ansa trasversalmente adesa a tumore del parovario sinistro e il colore del tratto intestinale e del tumore policistico, era così uniforme che mi fu prezioso il giudizio dei presenti colleghi per differenziarne la natura e provvedere colla paziente dissezione al distacco del tubo enterico. Il preparato trovasi nel gabinetto del professor Salvatore Cacciola della facoltà medica di Padova.

Fui presente ad uno stacco di mesenterio concresciuto, praticato dal professore Schröder, di 25 cent. di lunghezza senza che ne seguisse gangrena. Il Morike-Zeitschrif. f. Gyu. Bd. VII. H 2° pag. 424, in un caso in cui avea fatto diagnosi di tumor solido dell'ovario destro con formazione cistica del lungo peduncolo, si trovò di fronte, alla laparatomia ad un tumore retroperitoneale fibroide diagonalmente diviso in due da un solco profondo che decorreva da sinistra a destra occupato da un'ansa intestinale il cui mesenterio sdoppiato avea servito di nicchia alla neoformazione; la porzione compromessa dell'intestino era l'ultima parte dell'Ileo.

Il mesenterio costituiva dietro al tumore un sottile peduncolo. L'intestino venne dall'operatore disseccato dal tumore, lo che nella porzione alta di sinistra non riuscì difficile, poichè lo sdoppiamento non arrivava proprio sulla parete del tubo, indaginoso assai fu il maneggio in basso a destra, poichè tumore e parete intestinale erano fusi. Per quanto la disseccazione si facesse per un centimetro e più a carico del tumore, ciò non ostante sul tumore asportato restavane aderenti piccole traccie della tunica muscolare dell'intestino.

Questo venne poi rivestito alla meglio coi lembi della sierosa risultanti dalla dissezione, però in modo esatto non era possibile il farlo senza rendere stenotico il tubo, così che metà del tratto dell'ansa restò nuda di sierosa a metà; la paziente riavutasi dal collapso non presentò accidenti importanti durante il decorso *post operationem* e venne dimessa guarita dopo 41 giorno. Il tumore pesava 1150 grammi, il solco che presentava diagonalmente misurava 30 centimetri e qua e là presentava i brandelli della muscolatura della parete intestinale. Contemporaneamente al fibroide retroperitoneale venne estirpato l'ovario destro che conteneva una cisti dermoide. L'intestino dopo accurata emostasia venne riposto in cavità, ciò che l'autore fece, come egli scrive, ad animo sospeso, poichè ben sapeva che da un tal procedere poteva dipendere la vita della paziente. Egli aveva presente la conferenza tenuta dal Madelung dinanzi al congresso di Chirurgia sopra la sutura circolare dell'intestino per la resezione di parte di esso. Il Madelung sconsiglia di affidarsi alla dissezione di lungo tratto del tubo enterico vedovandolo del suo mesenterio e ciò in base ai suoi esperimenti sugli animali, nei quali seguì quasi sempre la necrosi. Ad onta di ciò il Morike dopo matura riflessione si decise per il suesposto trattamento con buon risultato, forse perchè le aderenze immediatamente contratte scongiurarono la mortificazione dell'ansa.

Ad ogni modo la compromissione del mesenterio impensierisce ancor più di quella delle anse intestinali per sè, la vascolarizzazione sua, l'essere la fonte diretta di nutrizione del tubo rende il fatto gravissimo se i rapporti intimi col tumore son molto estesi. Venne attuata la resezione dell'intestino in tali casi e tal procedere è razionalissimo, sebbene ad un atto operativo in tali evenienze gravissimo, se ne aggiunge un altro pur grave.

Dalla esperienza pratica si hanno tuttavia nei casi di compromissione mesenteriale delle note assai incoraggianti; non parliamo delle aderenze per breve tratto; le esperienze di Cohnheim e Litten - *Archiv.* di Virchoff Vol. 65 pag. 90 - praticate sui conigli dimostrarono che la iniezione vascolare di un tratto di intestino, presentasi dopo un'ora dalla legatura dei vasi afferenti, eguale a quella

dei tratti vicini - Birch. hirschfeld II.ª ediz. 1884 pag. 552 orig. - Le sequele degli emboli o trombi dei vasi della parete dell'intestino in generale vengono facilmente compensate dalle numerose anastomosi. Cohnheim dimostrò esperimentalmente che solamente nel caso che si obliterino numerosi rami della parete intestinale può ostacolarsi il compenso collaterale e seguirne formazione di infarti nelle provincie corrispondenti. . . . .

Per l'obliterazione embolica dei rami dell'arteria mesenterica superiore si stabiliscono gravissime turbe circolatorie, come venne provato sperimentalmente dal Litten. Nei cavi nei quali si era praticata la legatura di questi vasi seguiva la morte alla più lunga in 48 ore e alla sezione risultarono infiltrazioni emorragiche, edemi, mortificazioni. Concordemente al suesposto riesce del tutto indifferente la legatura di alcune ramificazioni. . . . .

Il fatto che l'obliterazione dei grossi rami della mesenterica superiore sia seguito da infarti emorragici della mucosa intestinale, può riuscire alquanto strano conoscendosi le numerosi anastomosi colla arteria pancreatica, duodenale; però sperimentalmente Litten si persuase che la pressione (*vis a tergo*) fisiologica non è sufficiente per lo stabilirsi della circolazione collaterale. La mesenterica superiore non è anatomicamente un'arteria terminale, ma in via funzionale ha il medesimo significato.

Savie sarebbero quindi le conclusioni del Madelung, ma con esse non sembrerebbero conciliarsi i fatti Clinici sopraripportati di disseccazioni per 30 centimetri senza conseguenze.

È importante adunque di darsi una spiega di questa apparente contraddizione dei risultati Clinici con quelli anatomici e sperimentali, e ce la fornisce l'Olshausen in una epicrisi ad un suo caso di concrescimento entero - mesenteriale, così esteso, che dopo una faticosissima dissezione fu costretto ad appigliarsi alla escisione previa legatura in tre parti di 15 centimetri di mesenterio per liberare il tumore. - Olshausen Malat. degli ovari, pag. 258.

Il concrescimento di porzione di mesenterio con un tumore in evoluzione può avvenire molto per tempo; successivamente l'ingrandimento di questo porta la distensione della contratta aderenza, per cui egli è certo che al riscontro diretto si può trovarsi davanti a compartecipazione mesenteriale molto più estesa per la distensione subita per l'evoluzione del neoplasma, che per il quantum di mesenterio realmente impegnato nel tumore, quindi la lunghezza della parte escisa non darà mai o quasi mai la lunghezza dell'ansa intestinale vedovata del suo legamento; nel caso dell'Olshausen la paziente non presentò fenomenalogia della mortificazione dell'intestino e avendo soggiaciuto a peritonite in 12ª giornata, alla autopsia, le

tonache dell'ansa intestinale vedovata del suo mesenterio nulla presentavano di particolare.

I tumori del legamento in genere possono approfondirsi nel piccolo bacino e contrarre col suo fondo così stretti rapporti da paralizzare ogni risorsa per quanto si riferisce alla loro intera ablazione. La mano per una larga incisione cercherà di insinuarsi, anche senza determinare grosse emorragie, e in qualche caso riuscirà alla completa enucleazione; alla mancanza di peritoneo stracciato od avulso si potrà provvedere, colla dissezione di quello delle parti vicine e stirandolo, colla fissazione dell'utero sulla superficie mancante se questa è la posteriore (Martin), ma qualche volta, dovendosi rinunciare all'uso di taglienti nel fondo che mal si lascia dominare conviene rinunciare anche all'impresa. Nelle generalità dei rapporti dei tumori col loro inviluppo abbiamo notato che possono arrivare ben oltre nel fondo del bacino, nel connettivo lasso dei dintorni dell'utero, della vescica, della vagina, del retto intestino e divenuti retroperitoneali spingersi molto in alto, per modo che in allora non è più il caso di vincere delle aderenze, ma per simili incuneamenti estesi, profondi conviene modificare l'indirizzo operativo.

Nei casi semplici, se la cisti del legamento si è fatto il suo peduncolo, vuotata che sia lo si legherà e praticherà l'escisione a un centimetro dalla fatta legatura. Ad assicurarsi della legatura, il Küster Prof. e direttore dell'Augusta-Spital in Berlino, pratica due piccoli incisioni laterali nelle quali si insinui la seta; inoltre ne lega successivamente i singoli vasi e pratica una e due suture sopra il peduncolo colla sierosa che stira sopra il moncone, e, non contento, polverizza di jodoformio. Tutto questo è lungo e non necessario quando si abbiano scrupolosamente rispettate le cautele antisettiche. Per esser tranquilli basterà applicare il laccio per trafissione, lasciando non legata una parte del peduncolo non vascolarizzata o solo fornita di vasellini, o legandolo in due porzioni valendosi del doppio filo. Le legature dei singoli vasi e le suture a strati possono invece servire per quei peduncoli assai grossi, incidendoli a cuneo, nè più nè meno come nell'amputazione sopravaginale dell'utero col metodo di Schröder.

Se la cisti è innicchiata nel legamento, incisa che sia la sierosa può riuscir facile l'enucleazione e se, come suol accadere, il letto cistico è poverissimo di vasi, si affacceranno le due pagine introflettendone le parti estreme per favorire il coalito e si praticheranno alcuni punti di sutura.

Se la cisti ha sdoppiato profondamente la sierosa, in allora enucleata che sia, se ne suddividerà la capsula in cinque o sei parti, separatamente legandole e, come è consigliato da alcuni, si potranno

comprendere successivamente nella sutura addominale profonda. In qualche caso si può risparmiarsi, poichè vuotata col trequarti si costituisce al di sotto della parete una specie di peduncolo che può esser trattato nel modo suesposto.

Se la cisti è dovuta alla contemporanea dilatazione di più tubuli del parovario si potranno successivamente vuotare attenendosi ad egual trattamento.

Medesimamente si procederà se in luogo di una cisti semplice, fra le pagine del legamento si indovasse un altro tumore, cisti dermoidi e cistomi che si lasciassero facilmente enucleare; le tasche residuanti potranno, quando fossero assai cospicue, ridursi con sutura a filzetta, come si usa nella colporafia, avendo l'accorgimento di mettere a mutuo contatto lembi sierosi.

Nel caso di cistomi bilaterali in cui ambedue i legamenti ospitano più o meno profondamente i tumori, le difficoltà possono esser tali da esser costretti all'ablazione contemporanea dell'utero colle neo-formazioni. In tali evenienze è necessario praticare le legature parziali passo passo che si avanza nel dividere i tessuti, e sempre doppie; sul moncone la sutura a ripiani e doppia la sutura della sierosa, la prima di contatto, la seconda con introflessione di piccola zona sopra la prima, sorvegliando con pazienza i punti che danno sangue per evitare l'emorragia secondaria: si tenga conto nell'apprezzare i punti sanguinanti delle ferite dell'ago, cui si provvede con un nuovo punto per sè, o comprendendo un po' più di quello che sia stato fatto col punto precedente.

Quando occorre l'amputazione dell'utero sarà opportuna la disinfezione accurata della vagina e il suo tamponamento antisettico, a precludere ogni via alla sepsi. Il comprendere anche l'utero nell'ablazione del tumore può essere imposto nel caso del tumore fibroide o cisto - fibroide che da quello si origini ed abbia invaso il legamento mantenendo larghi rapporti colla matrice.

Questi imprendimenti chirurgici gravissimi, come Olshausen, Hegar, Wels ammoniscono, rappresentano la epopea della chirurgia moderna, falcidiano però spaventosamente le statistiche dei buoni risultati.

Nel caso di tumori fibroidi o cisto fibroidi trova la sua indicazione l'ooforectomia o ovariotomia normale. Questa operazione è divenuta assai meno grave dal momento che coll'ovario si fece precetto di estirpare la tromba corrispondente.

La dilatazione dei vasi venosi in ispecialità può rendere malagevole l'atto operativo. Nei casi semplici, previamente stabilita la sede delle ghiandole, cosichè non si debba pescarle, penosissima ricerca e per la incisione che non si pratica mai troppo estesa e

per il fuori uscire delle intestina, è agevole il far presa sotto la ghiandola in una a parte di tromba provvisoriamente con una pinzetta ad estremità molto convessa, e sotto di essa passare il filo doppio in modo da legare e il legamento ovarico e la tromba col tratto del suo legamento.

Tale imprendimento è consigliato specialmente nei casi in cui si abbiano metrorragie.

Più diffusamente nel trattato di Hegar e Kaltemback si trova pertrattato questo argomento che guadagna ogni giorno terreno nella pratica ginecologica. Terminata l'encheiresi endoaddominale, resta la toilette del peritoneo che deve esser lesta quanto accurata.

Sicuri sulla preparazione delle spugne tengo il procedere dello Schröder per il più opportuno; egli introduce ripetutamente la stessa spugna, che ad ogni volta risciacqua, nel fondo del bacino fino a che n'esce pulita.

Chi deve valersene, pensi quale non deve essere la nostra miticolosità per ogni nostro atto, calcoli le conseguenze delle goccie di sudore che spesso ingemmano lo fronte dell'operatore se si perdono nel campo di operazione.

A questo punto trova il suo posto l'accenno di un altro progresso di questa importantissima branca chirurgica.

Del Drenaggio. — Se il metodo extraperitoneale che segnò un'epoca tanto splendida nella chirurgia del ventre ha fatto il suo tempo, almeno per ciò che riguarda la tecnica, e solo sarà preferito da coloro che se ne valsero con successo, poichè la famigliarità col metodo non è certo un termine senza valore, nè sempre il meglio equilibra e supera i vantaggi assicurati dall'abitudine, oppure sarà tenuto in serbo per i casi speciali che lo consiglino per ragioni dirette ed indirette, un altro soccorso chirurgico, il quale perde ogni giorno favore è il drenaggio o l'applicazione di un tubo emissario, come assai propriamente lo chiama il nostro venerato maestro Vanzetti.

In una mia relazione clinica - L'ovariotomia allo Spedale di Vicenza - *Gazzetta Med. Italiana*, provincie venete, anno XXIV, N. 32, 33. Nella corte epicrisi del secondo caso, in cui nell'applicare il drenaggio venne con tutta probabilità ferita la vescica scriveva: fu lesa la vescica? L'uraco era ancor pervio e la sua offesa dette luogo al processo cistico? Ecco la questione che si presenta.

A mio debole avviso la deduzione logica dei fatti parla per la lesione diretta dell'urocisti. Ad ogni modo il quesito perde alquanto della sua importanza, usandosi oggi solo in casi eccezionali l'emissario addomino-vaginale al quale per analogia di molti fatti clinici

va legato lo spiacevolissimo accidente ». Queste righe non contemplavano tutte le ragioni per le quali il drenaggio ha perduto quasi interamente il suo posto come soccorso di regola, riservato solo ai casi speciali. La poca opportunità ad una stretta antisepsi che concede la vagina, anche quando si faccia pescare il tubo in liquido antisettico, l'incompleta occlusione dell'addome sono i capisaldi degli argomenti contro il drenaggio. Poco sangue evaso e residuato, piccola quantità di liquido cistico — lo Schröder, me presente, trasse colla spugna dal fondo pelvico abbondante quantità di essudato fibrinoso esito di processi vecchi e recenti, e non dubitò dopo la solita toilette di chiudere l'addome senza nemmeno parlare di drenaggio, sebbene era presumibile che la spugna maneggiata con poca forza avesse lasciato del materiale dello stesso genere nel basso fondo — sono meno pericolosi della presenza del tubo emissario; di loro si incarica il peritoneo sia per via di processi circoscritti rendendoli obsoleti, sia coll'assorbimento nella stessa maniera o quasi di cui si incarica delle legature. Landau, adun. Ginecolog. in Berlino, gennaio 1882, dopo nove anni non trovò traccia alcuna sia della parte periferica di moncone, sia di nove punti di legatura fatti con seta assai grossa. Il detrito, la degenerazione adiposa, la sclerosi connettivale, l'incapsulamento, sono i processi per mezzo dei quali la natura provvede, semprechè sia stata ottenuta l'asepsi. La via del drenaggio per lo contrario può esser la strada dei germi settici che ad operazione compiuta ancora non esistevano.

Però nei casi in cui nel campo operativo, nella parte più profonda siano rimasti sfrangiamenti di tessuto, sospetti e residui di sostanze colloide, oppure nei casi nei quali le spugne ripetutamente affondate si presentino sempre sanguinolente, nè sia possibile raggiungere le boccuccie beanti, nè lo permetta lo stato della paziente uno spreco di tempo che può decidere della sua esistenza, allora trova la sua indicazione il drenaggio all'applicazione del quale può servire la cannula trequarti del Pean.

Il tubo fenestrato deve essere a pareti resistenti, lungo a seconda del modo con cui lo si vuole adattare, dall'addome alla vagina, oppure farlo pescare in un vaso di liquido antisettico. La mano dovrà rendersi ben conto dei vasi del fornice e del parametrio onde schivarli, poichè l'emorragia che ne può seguire può assumere proporzioni inquietanti. Quanto pericolosa possa essere, me ne persuasi nell'assistere ad una estirpazione dell'utero per la vagina praticata dal Martin. Assicurato il drenaggio all'angolo superiore della ferita addominale quando questo trovi la sua indicazione, e quando non abbiamo il drenaggio, finita la toilette del ventre, si passa alla sua chiusura.

Il Volkmann e l'Olshausen praticano col catgut la sutura a punti intercisi del peritoneo, e quindi quella profonda e la superficiale delle pareti. Questo metodo è ottimo quando le pareti addominali sono enormemente adipose. Lo Schröder, allogata sotto i margini dell'apertura addominale una larga spugna e passati a conveniente distanza i punti profondi che non devono esser mai troppi, leva la spugna e fa che il suo assistente affacci le pagine della sierosa costringendo con ambe le mani a larga presa i grossi margini dell'apertura addominale mentre egli annoda strettamente i fili cominciando dagli angoli. Quindi con cura passa alla sutura superficiale, la quale abbraccia circa metà dello spessore delle pareti. Copre la linea di coalito con lunga striscia di protettive, qualche strato di garza antisettica e assicura con alcune striscie di cerotto; quando desidera una certa pressione aggiunge una flanella a corpo fissata con spille.

Io seguii sempre questo metodo; in un caso ebbi a rimproverarmi di aver strozzato troppo il tessuto così che ne seguì parziale mortificazione circoscritta agli strati superficiali, all'angolo inferiore della ferita, in un altro caso uno dei fili profondi si era così allentato da farmi temere che in quel punto, nella faccia interna, la sierosa potesse non essere in perfetto combaciamento; di fatti la paziente morta quattro mesi dopo di essere stata dimessa, presentò una briglia che partendo da detto punto andava fino al fondo del bacino.

In alcuni casi però non è possibile dominare il tumore e impossessarsene e conviene chiudere lo addome lasciando lo *stato quo antea*, oppure rivolgersi ad altro procedimento.

Senza entrare nella disquisizione degli accorgimenti consigliati ed attuati da valenti maestri in simili casi, perchè raccolti e discriminati in grossi trattati, accenno al «Morcellement» di Pean, per i grossi tumori solidi, che egli ottiene segmentando con anse metalliche il tumore, previamente passate sulla guida dei fili di seta e che agiscono successivamente fissate a dei serreneudes nelle direzioni giudicate più opportune dall'operatore.

Sette laparotomie di tumori intralegamentari trattati col vuotamento, ecc. — Faccio posto quindi alla relazione di sette laparotomie pubblicate dal Reinstädter-Zeitschrf. f. Gyn Bd. IX, H 2.° nelle quali venne seguito, davanti alla impossibilità di asportare il cistoma, un altro procedimento operativo con splendidissimi risultati.

In essi noi troveremo anche la risposta ad altre questioni importantissime ad esp. delle condizioni delle pazienti come termine indicativo, sulla durata dell'atto operativo, della narcosi, ecc.

Eccone il prospetto sommario:

CASO	DURATA dell' Operazione	DEGENZA delle Malate	ESITO
1.mo	tre ore	Giorni 25	Guarita
2.do	tre ore	» 31	»
3.zo	quattro ore	» 14	»
4.to	quattro ore	» 29	»
5.to	due ore	» 67	»
6.to	quattro ore	» 51	»
7.mo	un'ora e mezza	» 68	»

Il primo caso si riferisce a una donna di 55 anni pluripara affetta da catarro bronchiale cronico con bronchietasie, denutrita e debole, il tumore nel suo ventre era stato scoperto molti anni prima. Venne operata il 3 giugno 1880. Tumore uniloculare con liquido trasparente. Nessuna adesione importante. La base del tumore occupava largamente e profondamente il legamento largo e senza confini ben definiti si spingeva sull'utero e la vescica. Venne asportata gran parte della cisti e suturata la sua base alla ferita addominale. Grosso drenaggio fino al fondo cistico. Posizione laterale permanente della malata. Irrigazione con acqua di cloro.

Il secondo caso riguarda una donna di 28 anni nubile; precedettero due puerperii. Nudrice di due bambini di un capitano medico, ricoverò all'ospedale perchè colta da febbre elevata, metrorragia con tenesmo continuo e doloroso. Ostruzione intestinale che durò più giorni, contro la quale riuscirono inefficaci i clisteri. Anche col catetere non si aveano che pochi centimetri cubici di orina, mentre la tormentava un tenesmo continuo. — Compressione degli ureteri. — Venne esaminata in narcosi e non fu possibile stirare l'utero in basso. Diagnosi. Mioma della parete posteriore uterina, oppure tumore ovarico incarcerato. Operazione per *indicatio vitalis,* 8 marzo 1881. Aperto l'addome, nulla si presentò che accennasse a tumore, poichè il retto spostato interamente a destra, gli correva sopra. L'utero

era concresciuto. Distratto il retto, riuscì all'operatore di scoprire il tumore ovarico molticulare incuneato nel piccolo bacino. Lo incise, ne distrusse i sepimenti, ne vuotò le concamerazioni ad alveare, valendosi del dito e della forbice fino a che non residuò che la sacca, la quale venne stirata con molta fatica e suturata alla parete addominale. Drenaggio addomino-cisto-vaginale. Drenaggio vaginale retro-uterino. Posizione laterale permanente. Irrigazione di acqua di cloro. Regolare decorso dopo le oscillazioni del primo giorno.

3.° caso. Donna di 28 anni sterile. Il tumore fu scoperto da tre settimane in seguito a metrorragia e tenesmo vescicale e rettale. Soggetto esaurito di forze. Operazione 2 giugno 1881. Molte aderenze e copiosa emorragia. Cisti intralegamentare, a contenuto emofibrinoso, sutura della base alla parete, drenaggio addomino, cisto-vaginale; posizione laterale permanente. Irrigazione di acqua di cloro. Decorso apnetico.

4.° caso. Il soggetto era una donna di 47 anni pluripara, vedova, ancora regolarmente mestruata, che aveva avvertito il tumore cinque anni prima mentre da tre mesi avea cominciato a crescere rapidamente. Presentavasi molto esaurita di forze e assai malandata di nutrizione. Viveva miserissima, affetta da diarrea cronica; *incontinentia alvi da ruptura perinei completa.*

Tumore moltiloculare dell'ovario destro. Larga apertura addominale poichè il grande tumore non si poteva ridurre. Un segmento dello stesso era prevescicale, il resto profondamente indovato nel legamento largo, cosicchè non si poteva contare sopra un peduncolo. Divise le aderenze addominali, si potè trarre all'esterno parte del tumore e venne chiusa la porzione superiore della ferita addominale. Venne praticata la sutura circolare della base del tumore alla residuante ferita del ventre; venne diviso con due legature e asportato. Dopo 4 ore di atto operativo la paziente era molto abbattuta, cosicchè si dovette affrettare la fine. Avendo ultimato la seta l'operatore si valse del materiale comune bagnato nell'acqua fenicata per compiere le ultime legature. Scucchiajato l'interno del sacco, asportato il segmento che protendeva in vagina si dovette lasciare in sito una parte di tumore della grandezza di una mela, giacchè il collapso si era fatto minaccioso. Vennero posti due drenaggi addominali, un terzo nella cavità cistica. Si omise il drenaggio vaginale poichè la vescica era stata alquanto maltrattata. Solita posizione e solita irrigazione. Il resto del tumore si staccò in cinque pezzi che vennero divisi del tutto coll'ansa galvanica e col Pacquelin. L'operazione ebbe luogo il 14 ottobre; la più alta temperatura fu 39.'8 il 20 settembre e la paziente venne licenziata il 12 novembre 1881.

La quinta operata fu una donna di 46 anni, pluripara vedova e ancora mestruata, con perdita mensile abbondante. Il tumore venne rilevato solo da sei settimane. Il soggetto debole logorato da molte traversie, è affetta eziandio da tubercolosi con escavazione nel polmone sinistro. L'operazione venne praticata nella sua clinica privata il 25 novembre 1881. Il taglio addominale venne prolungato due dita sopra l'ombellico. Il tumore era moltiloculare con una grossa cisti di liquido trasparente e sedeva profondamente nel legamento largo. L'utero era a destra compresso verso la sinfisi. Il tumore era aderente anteriormente all'utero e alla vescica e ai lati e posteriormente ad anse intestinali. Dopo lo sbrigliamento, si chiuse la porzione superiore del taglio. La larghissima base venne fissata all'addome; esportato il resto e raschiato il fondo s'introdussero tre tubi a drenaggio, uno fra l'utero e la vescica, uno nel fondo della cisti e il terzo addomino-cisto vaginale. Posizione laterale irrigazione di acqua di cloro. Il 31 novembre si vuotò per la cicatrice addominale un ascesso dato dalla parete della cisti, mentre al 3 dicembre sotto colpi di tosse era avvenuta l'apertura della porzione superiore della ferita con prolasso intestinale. Si ricucirono i bordi senza cruentazione, nè si ebbero a deplorare sequele. Successivamente si ebbero fenomeni d'intossicazione jodoformica che cessarono colla sostituzione di unguento di zinco. Venne licenziata il 31 dicembre e morì di tisi quattro mesi dopo.

6.° caso. Donna di 60 anni, pluripara, robusta e ben nutrita, ma di color terreo, sofferente da un anno di irregolari metrorragie, con dolori continui e senso di tensione al basso ventre; ad un esame il medico di casa scoperse il tumore. Operata il 3 settembre 1882, il taglio addominale venne portato quattro dita traverse sopra l'ombellico. Il tumore era multiloculare, indovato profondamente nel ligamento largo di sinistra. L'utero stirato in alto dava alla sonda una doppia lunghezza. Esistevano molte aderenze colle intestina. Chiusa la parte superiore della ferita addominale venne fissata la base del tumore alla porzione inferiore. Il cistoma venne esciso e vuotato, ma per l'imponente emorragia venosa si ricorse al tamponamento all'jodoformio. Venne applicato un tubo fra la vescica e la parete del tumore e due nella sacca. Solita posizione e trattamento. In quinta settimana si ebbe un'essudazione della parete sinistra della cisti. Venne licenziata il giorno 23 ottobre 1882. Le ricorrenti metrorragie erano dovute a mioma sottomucoso.

7.° caso. Donna di 54 anni, pluripara, di aspetto decrepito, morastica e incapace di muoversi. Portava da dieci anni un tumore che fu tenuto di spettanza del fegato e le acque di Carlsbad per molti anni vennero assunte senza vantaggio. Esisteva albuminuria con cilindri epiteliali.

Al tavolo di operazione i colleghi presenti sconsigliarono qualsiasi imprendimento. Per volontà della malata venne praticata la laparotomia in sua casa il giorno 30 ottobre 1882. Il tumore era moltiloculare e formava colla parete addominale una massa lardacea e senza apprezzabili confini, ad onta della larga ferita.

Venne inciso e scucchiajato tutto l'intero tumore costituito da piccole cavità contenenti sostanza colloide e piccole scheggie ossee, forse infiltrazione calcarea. La mano si spingeva dal bacino alla cavità toracica, senza che si potesse delimitare la parete della cisti. Assicurato l'angolo inferiore e superiore della ferita con sutura metallica, venne riempito l'enorme sacca con garza jodoformica. Posti quattro drenaggi e tenuto il solito trattamento, spiccò in questo caso la potenza antisettica dell'jodoformio, poichè ad onta della formazione di pus fetentissimo nel fondo della sacca, non si ebbe movimento febbrile. Venne dimessa guarita il 14 febbraio 1882.

Aggiungo l'ottavo caso riferito dall'autore, perchè trattandosi di forma maligna, vi spiccò maggiormente l'efficacia di tal trattamento. In una donna di 57 anni, nullipara, entrata in climaterio da cinque anni, affetta da edema cospicuo alla gamba sinistra, esisteva un tumore addominale. La neoplasia era un cistoma moltiloculare profondamente insediato nel legamento largo sinistro; non si aveva nè infiltrate le ghiandole, nè ascite. Il peritoneo era normale. Tuttavia l'esame istologico stabilì trattarsi di cancro. L'utero era infiltrato di fibroidi. Estesissime aderenze. Venne fissata la base del tumore e scucchiajato accuratamente. Solito trattamento. Licenziata il 15 dicembre 1883. Guarita, venne colpita da recidiva il 20 febbrajo 1884.

Ecco succintamente la descrizione del metodo dell'autore seguito in 20 altri casi consimili e con egual esito fortunato. Espone le cautele antisettiche a cui si attiene, che sono presso a poco le solite, per le intestina che rovescia all'infuori, si vale di panni tiepidi bagnati di acqua di cloro; durante la narcosi, fa praticare delle iniezioni di olio di canfora. Il taglio addominale sempre generoso vien seguito dal fissamento immediato del peritoneo al bordo della ferita addominale. Vuotato il tumore o colla paracentesi o col cucchiajo, e suturate tosto le eventuali lacerazioni, a mezzo di pinzette ad uncino stira la sacca quanto è più possibile, all'infuori. Pratica le suture cisto-addominali con robusta seta fenicata, assicurandosi dei punti più compromessi con sutura metallica.

Le suture vogliono essere profonde, non devono interessare meno di 4 cent. della parete del tumore, e l'assettamento deve ottenersi con ripetuti addossamenti di prova del tumore al bordo addominale cui deve essere fissato. Durante la sutura il tumore viene stirato allo insù da un assistente, e i punti devono essere molto

fitti. Ultimata la sutura circolare, si ottiene la completa chiusura della cavità. Si può giovarsi dapprincipio di punti di sutura provvisoria che successivamente vengono sostituiti. L'escissione deve seguire a livello della parete addominale. Se il tumore è moltiloculare e ricco di vasi, a risparmio di sangue può essere abbracciato da una o più legature, premesse alla escissione a scopo emostatico.

Il vuotamento si può fare colle mani per struggere i setti e anche valendosi cautamente di altri istrumenti. Siccome si fa precedere sempre dei tentativi per la totale ablazione, così nei luoghi di concrescimento alquanto maltrattati fra l'utero, la vescica e la parete del tumore si applicano dei tubi a drenaggio, aggiungendovene altri nel fondo del sacco e attraverso il fornice; lo che mi pare non sempre necessario, e sistematicamente si potrebbe sopprimere tenendolo per i casi speciali. L'autore ritiene la posizione sul fianco sufficiente a mantenere lo scarico dei liquidi che si possono formare. Le cavità del tumore residuanti vengono riempite di garza antisettica e di cui se ne vale eziandio per la fasciatura compressiva con cui si completa la medicazione.

Il trattamento successivo deve esser principalmente rivolto alle suture addomino-cistiche che si devono levare al primo accenno di strozzamento, lo che si può manifestare fino dal primo giorno. Nelle prime ventiquattro ore le sierose sono già fuse. Così pure fino dal primo giorno si levano i tamponi. Se nella prima settimana il fondo non granuleggia, come avviene di solito, l'autore si vale d'una miscela di vino, di canfora e tintura di mirra, impregnandone il cotone che pone immediatamente sul fondo. Favorisce l'avvicinamento delle pareti addominali con liste di cerotto. In ottava giornata tutte le suture sono allontanate e quindi rapidamente procede il processo cicatriziale.

Nel *Centralblatt f. Gyn. 1884,* n. 4, citato dall'autore, troviamo nel sommario delle discussioni tenuto il seguente periodo.

« Deve colpire che la cucitura del sacco alle pareti addominali, consigliata dallo Schröder in quei casi nei quali è pericoloso, anzi impossibile l'operazione radicale, venne da chi la consigliava completamente dimessa, e negli ultimi anni in quella Clinica praticata una sola volta. Lo Schröder tiene per assai discutibile un tale procedimento, imperocchè si è persuaso della possibilità della recidiva, in accordo all'opinione esposta in una conferenza all'adunanza dei naturalisti dall'Olshausen, il quale assistette al tardivo recidivarsi dei cistomi trattati col fissamento addominale delle pareti della cisti, per cui in secondo tempo fu costretto all'operazione radicale.

Quindi un tal procedimento non sarà da attuarsi che nei casi nei quali la operazione radicale non sia possibile, sia in via assoluta, sia

per criteri diversi riferibili alla paziente, all'operatore, ai mezzi di cui dispone. Ciò posto la recidiva per sè non è controindicazione sufficiente ».

Il Rheinstädter, oltrechè fa gran capitale sul suo metodo di vuotamento del tumore, del rischio senza confronto minore a cui vanno esposte le pazienti, nei riguardi della recidiva si appoggia ai frutti della ulteriore sorveglianza delle malate.

Ecco lo specchietto dimostrativo offerto da ventitre soggetti, nei quali non si constatò traccia di recidiva in

7	operate	dopo	un	anno e	5 mesi
6	»	»	1	»	4 »
4	»	»	2	»	4 »
3	»	»	2	»	9 »
2	»	»	3	»	— »
1	»	»	3	»	8 »

Il contributo è ragguardevole se si pensa alle difficoltà di un simile controllo.

Quello che impone sull'apprezzamento del metodo si è la lunghezza dell'atto operativo, oltremodo indaginoso. Però in armonia alla gravezza dei casi, trova la sua più splendida sanzione nel brillante risultato in soggetti tubercolosi e marantici. Con tal procedimento non si muta quanto nel lungo lavorio morboso venne fatto dalla natura per riparare alla meglio ai danni del male, mentre, data la riuscita, la paziente ha poco da invidiare a quelle che superarono il trattamento radicale. Si tratta di agire in casi, davanti ai quali la nostra coscienza non può e non deve uniformarsi alle vedute del litotomista americano, che hanno dei seguaci e non pochi; egli rifiutava il soccorso nei casi che davano poco a sperare, per non imbrattare con croci le sue brillanti statistiche.

Cenno sul trattamento post operationem.

Volendo trattare in generale del trattamento successivo e delle eventuali complicazioni, noi ci addosseremmo un carico assai grave e lungo, oltre i confini che ci siamo imposti, di delineare l'opera del ginecologo negli imprendimenti addominali.

Mentre nei casi felici è sufficiente la somministrazione del ghiaccio con qualche analettico, se le condizioni della operata lo richiedessero, all'insorgere di forme settiche, quasi quasi, sta in assoluto il detto del Martin: « siamo paralizzati ».

Nella lotta colle disfunzionalità gastroenteriche, vomiti, meteorismi, ostruzioni, nelle insorgenze nervose – tetania, tetano – ci troviamo sul letto di Procuste. Davanti una sepsi, che si possa sperare ancora localizzata, è nobilissima audacia il ritornare sul campo endo-addominale e tentarne la disinfezione; bene inteso che nelle infezioni giuocano sempre due termini: qualità e quantità; mi permetto di notarlo, poichè sentii più volte ripetere, e da qualche medico: Quando è difterite è affar finito!!!

Nei casi di tetania è questione di quiete e pazienza, e la si vede dissipare. Per il tetano, in consonanza alle opinioni che vanno prevalendo e a qualche nota pubblicata ultimamente, oltre ai soliti soccorsi si può bene sperare dei clisteri di salicilato di soda alla dose dei due ai quattro grammi. Per le turbe gastro-enteriche, ostruzioni, ecc., le irrigazioni, la corrente elettrica e *l'operosità paziente dei piccoli accorgimenti;* s'aggiunga l'influenza morale della nostra presenza, nella quale le operate vedono l'appoggio migliore.

Io non saprei raccomandarmi abbastanza due cose: l'accurata preparazione morale dell'operanda e il guardarsi bene, quando il polso non incoraggi, di valersi dei narcotici – iniezioni ipodermiche di morfina – per una malintesa pietà delle sofferenze della malata.

Mentre colla respirazione artificiale, col freddo, massaggio, percosse a mano larga sul viso e sul petto, si vincono le minaccie di

uno schock, cui si provvede eziandio successivamente coll'etere e coll'ambiente immediato assai caldo, un centigr. di morfina per uso endermico, può estinguere in un organismo quell'ultimo alito di reazione, che, convenientemente favorito, è alito di salvezza.

Nel chiudere il libro, il quale non domanderebbe che di esser utile, ad onta delle molte lacune, giustificate in parte dal fatto che non passa giorno e rivista in cui non si discuta il vecchio e non si facciano nuove proposte, è mio dovere accennare, per tutti quei fatti riportati senza citarne la fonte, che oltre alla letteratura che arrivai a ventilare, mi valsi delle note raccolte in due anni di studio nelle Cliniche estere, esponendo scrupolosamente quanto mi venne fatto di osservare e quanto venne studiato ed osservato da altri, aggiungendovi quel poco di mia pertinenza concessomi dall'argomento.

Letteratura.

Oltre le citazioni tratte da libri e pubblicazioni originali per massima parte, che feci nel contesto dell'elaborato e della semplice citazione dei nomi dei Clinici, riferibile alle mie note di viaggio, presento l'elenco di tutte le opere e pubblicazioni di cui mi sono servito.

Hirtl. — Anatomia umana. Napoli, 1881.
Köllicker. — Gründ. d. Entwich. Geschichte d. Mensch u. d. hôher. Thiere. Leipzig, 1880.
Carl Braun. — Lehrbuch d. Gesammte Gynäcologie.
M. Holl Prof. Anat. — Zur Topogr. d. weibli. Harnleit.
Insbruck. — Viener Med. Wochenschrf. N. 45, XXX. Jahr Gang.
E. Martin. — Hand-Atlas d. Gynäcologie u. Geb. Berlin, 1878.
Follin. — Recherches sur les corp. d. Wolf. 1850. Parigi.
Köllicker. — Ueber d. Lage der Weibl. inneren Geschl org.
Cornil Ranvier. — Man. d'Istolg. patolog. Paris, 1869.
Birch-hirschfeld. — Path. Anat. Zweite Aufl. Leipzig, 1884.
Olshausen. — Krankeiten d. Ovarien Bd. 4. H. 6. (Trat. Gen. e Spec. di Chirurg.) Stuttgard, 1877
Bandl. — H 5 krankh. d. Tub. d. Lig. u Beck. perit. Wien, 1879.
Spencer Wels. — Ovarien and uterine Tumours. London, 1882.
Virchow. — Patholg de Tumeurs. — Trad. Franc. Paris, 1876.
Barnes. — Med. And. Surgic. diseases of Women. London, 1873.
Durante. — Diagnosi dei Tumori. Roma, 1879.
Peruzzi. — Sull'ovariotomia. Milano, 1875.
Clintock. — Clinical memoirs ou diseases of Women. Dublin, 1863.
Schröder. — Handb. d. krank. d. Weibl. Geschl. Organ. V Aufl. Leipzig, 1881. — VII Anfl. 1886.
Hegar u. Kaltembak. — Die oper. Gynäcologie. Stuttgard, 1881.
A. Martin. — Patholg. und. Therap. d. Franen Kranck. Wien u Leipzig. 1885.
Die Allg. Chirg. Diagn. d. Geschwulst - Klin. Vortr. p. Volckmann. N. 97,

Gusserow. — Archiv. f. Gyn. Credè u Spiegelberg Bd. IX III H. üb. d. Cyst. d. Br. Mutbänd.

Luton. — Studi di terapia Gener. Spec. Napoli, 1884.

Fischel. — Arch. f. Gyn. Credè u Spiegelberg. Bd. XV H. II.

Schröder. — Centralblatt fur Gyn. Au. 8,°, 26 Genn. 1884.

Concato-Taruffi. — Rivista Clinica di Bologna, 1871, Aprile e Maggio.

Dott. Mazzotti. — Cisti colloide parov. sin. Bologna, 1879.

Zeitcschrift f. Geb. u. Gyn. Fassbänder — Mayer — Schröder. Stuttgard.

Flaischlen. — Bd. VII II H N. 16 Zur path. d. Ovarien s. 434.

U. Coblenz. — I H N. 2 d. papillären Adeno-Kyst. form. im Bereich. d. inn. Sexualorg.

A. Martin. — Bd. VIII H II N. 22 Extr. per. Hämat.

Diensterweg. — Bd. IX H 1 N. 7 Ein fall von Cyst. fibr. uteri verum s. 191.

Gonner. — Bd. X H 1 N. 6 Ein Beitrag. zur Chim. diagn. d, Ovarial flüssigkeit. s. 103.

Dott. Carlo Porta. — Nota preventiva inedita sulla Fuliggine.

Rheinstädter. — II H Sieben Overiotomien mit Einnähung d. tum. bas. s. 257.

Markwald. — N. 16 (4) Experiment. Untersuch. über Ergotin-Ergotinin, etc. s. 397.

Schorler. — Bd. XI 1 H über Miofibr. uteri. s. 139. 1885.

Dott. Wilhelm Alexander Freund Prof. Geb. Gin. — Gynecologische Klinik. mit Atlas in Strassburg, 1885.

Dott. M. Sânger Privat. docent Leipzig. — Weitere Leiträge zur Lehre von den primären desmoiden Geschwülsten der Gebärmutterbänder, besonders der ligam. rotunda. Arch. f. Gynoc. Bd. XX Heft. 2.

Dott. F. Villard (de Guéret). — Consideration Clinique sur le Cystes Hydatique du petit Bassin chez la femme. Extrait des Annales de Gynecologie. Paris, 1878.

Dott. M. Sänger. — Uber Tastung der Harnleiter beim Weibe. Arch. f. Gynec. Bd. XXVIII. Heft, 1.

INDICE

Introduzione . . . . . *Pag.* 3
Anatomia . . . . . » 9
Parovario . . . . . » 13
Cenno storico ed embriologico dei corpi di Wolf ed attinenze . » 14
Dei possibili punti di origine dei tumori epiteliali dei legamenti larghi dati dai residui embrionali . . . . . » 17
Topografia degli organi interni del bacino muliebre . . . » 18
Generalità sui rapporti dei tumori col loro inviluppo . . . » 21
Della idronefrosi meccanica. Cenno sul decorso degli ureteri . » 24
Delle differenti forme morbose della Pelvi. — Malattia delle Trombe, Gravidanza extrauterina, Emorragie, Parassiti, Forme infiammatorie . . . . . » 27
Malattie delle trombe . . . . . » 29
Gravidanza extrauterina . . . . . » 33
Ematocele retrouterino . . . . . » 42
Echinococco della Pelvi . . . . . » 48
Forme infiammatorie . . . . . » 52
Classificazione dei tumori. . . . . . » 60
Cenno etiologico. . . . . . » 62
Criterii generali sulla diagnosi . . . . . » 64
Delle cisti semplici del legamento largo. . . . . . » 67
Casuistica . . . . . » 70
Decorso . . . . . » 72
Diagnosi . . . . . » 73
Prognosi . . . . . » 74
Cura . . . . . » ivi
Cistomi . . . . . » 77
Casuistica . . . . . » 81
Anatomia patologica. . . . . » 89
Morfologia. — Caratteri chimici e fisici del contenuto . . » 91
Istologia . . . . . » 92
Decorso . . . . . » 93
Semejotica e Diagnosi . . . . . » 97
Prognosi . . . . . » ivi
Cura . . . . . » 98
Cisti Dermoidi . . . . . » 99

Tabelle illustrative . . . . . » 102
Cistomi ghiandolari in degenerazione carcinomatosa . . . » ivi
Cistomi papillari . . . . . » 103
Degenerazione maligna di cisti dermoidi . . . . . » ivi
Fibroidi e cisto fibroidi . . . . . » 104
Anatomia patologica. . . . . » ivi
Sull'Etiologia dei fibroidi e cisto fibroidi . . . . . » 108
Decorso . . . . . » ivi
Diagnosi . . . . . » ivi
Della diagnosi differenziale . . . . . » 109
Casuistica degli errori . . . . . » 110
Prognosi . . . . . » 111
Cura . . . . . » ivi
Contribuzione di cura chirurgica . . . . . » 112
Nuovi casi raccolti del Sänger . . . . . » ivi
Delle aderenze e loro diagnosi. . . . . . » 114
Note sul trattamento addominale . . . . . » 119
Preparati di segala cornuta . . . . . » 121
Sulla tecnica delle iniezioni ipodermiche . . . . . » 122
Sulle iniezioni parenchimatose . . . . . » 123
Paracentesi. . . . . » ivi
Cenno sugli antisettici . . . . . » 124
Dei metodi e degli istrumenti . . . . . » 128
Laparotomia . . . . . » 132
Delle aderenze e loro trattamento . . . . . » 134
Del Drenaggio . . . . . » 142
Sette laparotomie di tumori intralegamentari trattati col vuotamento, ecc. . . . . » 144
Cenno sul trattamento post operationem . . . . . » 151

24.D.143
Studio clinico sui tumori del b1886
Countway Library BER6094
3 2044 045 963 600

24.D.143
Studio clinico sui tumori del b1886
Countway Library BER6094
3 2044 045 963 600